



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE NICARAGUA  
CENTRO DE INVESTIGACIONES Y ESTUDIOS DE LA SALUD  
ESCUELA DE SALUD PUBLICA**



**Maestría en Salud Pública 2003 - 2005**

**Tesis para optar al título de Maestro en Salud Pública**

**Análisis de la utilización de la Estrategia AIEPI  
por trabajadores de salud, del municipio de  
Boaco, en el período Abril – Julio 2005**

**Autores:** Nadine Auxiliadora Incer Rocha, MD  
Pedro Joaquín Sánchez Wolf, MD

**Tutora:** Martha A. González M., MD. MSc. PhD

Managua, Noviembre – 2005

## CONTENIDO

	Página
Dedicatoria	<i>i</i>
Agradecimiento	<i>ii</i>
Resumen	<i>iii</i>
I. INTRODUCCIÓN	1
II. ANTECEDENTES	4
III. JUSTIFICACIÓN	10
IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	11
V. OBJETIVOS	12
5.1 Objetivo General	
5.2 Objetivos Específicos	
VI. MARCO DE REFERENCIA	13
VII. DISEÑO METODOLOGICO	27
VIII. RESULTADOS	33
IX. ANÁLISIS DE RESULTADOS	39
X. CONCLUSIONES	47
XI. RECOMENDACIONES	48
XII. BIBLIOGRAFIA	50
ANEXOS	

## **DEDICATORIA**

A las personitas más importantes de nuestras vidas, nuestros hijos, Piquincito y Nadine Ariela, ellos son nuestra inspiración.

Pedro Joaquín y Nadine

## **AGRADECIMIENTOS**

Nuestra gratitud a la PhD. Martha González; Siempre que **necesitamos su ayuda dijo “si”** con ese nivel de exigencia que le caracteriza, y que nos hace ser mejores.

Al MSc. Manuel Martínez, excesivamente minucioso y oportuno en sus observaciones, lo que contribuyó en calidad a esta tesis.

A la MSc. Alicia Rivas, quien compartió con nosotros su experiencia de manera incondicional.

## RESUMEN

Entre abril y julio del año 2005 se realizó en el municipio de Boaco, Nicaragua este estudio con el objetivo de analizar la utilización de la estrategia Atención Integrada de las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) por parte de los trabajadores de salud, que brindan atención a niños menores de cinco años de manera regular.

Adoptando un diseño descriptivo, fueron estudiados 22 recursos de salud (médicos y auxiliares) y se observaron las diez unidades de salud en donde laboran.

La recolección de la información se realizó utilizando las técnicas de observación y entrevista, aplicándose las correspondientes guías de observación y cuestionarios.

Se identificaron debilidades en el desempeño del personal de salud; entre los más relevantes: problemas respecto a la búsqueda de signos de peligro y otros síntomas principales de las enfermedades prevalentes de la infancia, inadecuada clasificación de los niños (63.6%), inadecuada selección del tratamiento (63.6%) e inadecuada evaluación del desarrollo (77.3%).

El desarrollo del componente de educación y comunicación dirigido a las madres de niños menores de cinco años y que debe ser dominado y aplicado por los recursos que brindan la atención a los niños, fue valorado como limitado, tanto en la consejería nutricional, como para la búsqueda de signos de alarma (22.7%).

Los recursos humanos que aplican AIEPI en el municipio, en gran proporción carecen de capacitación sobre el tema (27.2%) y otros fueron capacitados en el curso básico de tres y cinco días (68.1%) con un reducido componente práctico. Solamente un grupo mínimo (22.7%) de los trabajadores de salud hacen uso de los materiales de apoyo del AIEPI.

El porcentaje de recursos que son supervisados fue alto (81.8%), no obstante existe debilidad en el seguimiento a los compromisos adquiridos durante este proceso.

En ninguna de las unidades de salud, se tienen disponibilidad completa de los 13 medicamentos esenciales y los equipos básicos para la atención de AIEPI (30%) en las U/S, fue considerada inadecuada.

Se observó que la atención que brinda el personal de salud es fraccionada (72.7%), en donde un niño durante la consulta es abordado por varios recursos que no comparten entre sí los hallazgos encontrados.

A pesar de las limitaciones ya mencionadas, el total de los recursos que aplican AIEPI consideraron que la estrategia es útil.

Se concluyó, que el proceso de capacitación ha sido insuficiente en cuanto a la duración prevista en el curso básico y no ha sido sistemática para el conjunto del personal lo cual ha tenido dos efectos importantes: un limitado grado de apropiación de los contenidos de la estrategia por parte del personal que brinda atención directa en los servicios de salud y un inadecuado cumplimiento de las actividades claves del proceso de atención de casos.

Los procesos de supervisión y monitoría no están asegurando el desarrollo de las actividades previstas debido a incumplimiento de los compromisos adquiridos durante las visitas de seguimiento, tanto por el personal de las unidades de salud como del nivel municipal.

Todas estas debilidades son susceptibles de ser mejoradas, en la medida que todos los involucrados en la atención AIEPI dirijan sus acciones hacia el mejoramiento de los nudos críticos identificados.

## **I. INTRODUCCIÓN**

La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI) aspira a reducir la mortalidad y morbilidad infantil en los países en desarrollo. Combina un mejor tratamiento de las enfermedades comunes en la infancia con una nutrición e inmunización adecuada.

Todos los años enferman y mueren en el mundo millones de niños menores de 5 años, debido a enfermedades que pueden ser evitadas o tratadas, mediante la aplicación de medidas eficaces de control. La mayoría de estos casos ocurren en los países en desarrollo y son debidos a problemas de salud, que habiendo sido controlados o superados en los países desarrollados, aún se encuentran entre las principales causas de enfermedad, muerte o discapacidad en gran parte del mundo en desarrollo (1).

En la Región de las Américas más de 250,000 niños mueren antes de los 5 años, por enfermedades que podrían prevenirse fácilmente. Estas muertes ocurren principalmente por diarrea, neumonía, desnutrición y otras enfermedades prevenibles por vacunación. Estas enfermedades son también la causa del 60 al 80% de las consultas pediátricas en los servicios de salud, y del 40 al 70% de las hospitalizaciones de los niños menores de 5 años. Esta situación ocurre en todos los países de América Latina y el Caribe, pero se vuelve más grave en los países donde la tasa de mortalidad infantil supera las 40 muertes por mil nacidos vivos (2).

Las infecciones respiratorias agudas (IRA), las enfermedades diarreicas agudas (EDA) y la desnutrición, continúan ubicándose entre las 5 primeras causas de defunción en la mayoría de los países en desarrollo.

En algunos de estos países o en regiones de los mismos, la malaria también continúa siendo una causa de enfermedad y muerte importante. El sarampión cuya incidencia y mortalidad se redujo notablemente luego de las campañas masivas de vacunación realizadas en los países, continuará apareciendo entre estas enfermedades prevalentes hasta que se finalice el plan de erradicación.

La OMS (Organización Mundial de la Salud) junto con la UNICEF (Fondo de las Naciones Unidas para la Infancia), con el fin de sostener e incrementar el esfuerzo hasta ahora realizado han apoyado la incorporación de la AIEPI en los sistemas de salud de América Latina. La misma permite abordar la evaluación, clasificación y tratamiento de las enfermedades prevalentes, que afectan a los niños menores de 5 años de los países en desarrollo. De este modo también complementan las acciones para lograr un mayor impacto sobre la mortalidad y morbilidad (1).

Nicaragua, con similar situación de salud de otros países en vías de desarrollo, es uno de los países de la Región de las Américas con más alta tasa de mortalidad infantil; en donde las IRAs, las enfermedades diarreicas, la desnutrición afectan severamente a nuestra infancia. Aunque aún alta, en los últimos 10 años se registró una disminución progresiva de la mortalidad en niños menores de 1 año y en el grupo de 1 a 4 años ([39.2 por mil nacidos vivos](#)). (3)

Actualmente, los principales problemas que agobian al municipio de Boaco, ubicado en el Departamento del mismo nombre en el centro de Nicaragua, están relacionados principalmente con enfermedades de la niñez, lo cual ha motivado la implementación y sostenimiento de diferentes estrategias para poder dar repuesta a este problema de

salud. En 1988 inicia la implementación de la estrategia AIEPI, con la consiguiente capacitación de los recursos que brindaban Atención Integral al Niño (AIN), y a los gerentes involucrados en las actividades de supervisión y monitoría de la misma.

La estrategia es considerada la intervención más eficaz para la reducción de la morbilidad infantil, sus instrumentos son de fácil aplicación y garantiza la integralidad de la atención, sin embargo, se percibía que el personal de salud no había desarrollado un sentido de pertenencia para ejecutarla, razón que motivó este estudio sobre el análisis de la utilización de la estrategia AIEPI por los recursos de salud en el municipio de Boaco, entre Abril y Julio del año 2005.



## II. ANTECEDENTES

En los países de Las Américas, tres de las principales causas de muertes son las enfermedades respiratorias agudas, que sobrepasaron las 97.000 muertes; las enfermedades diarreicas, responsables de más de 90.000 muertes; y la desnutrición, que causó casi 30.000 muertes anuales. La OPS y la UNICEF, se han comprometido a implementar la estrategia AIEPI en la Región de las Américas, con el objetivo de prevenir las muertes infantiles que ocurren diariamente por alguna de estas causas en nuestros países. (4)

En respuesta al problema que plantea la supervivencia infantil en América Latina y el Caribe, la Agencia de los Estados Unidos de América para el Desarrollo Internacional (USAID), ha venido prestando asistencia a los países en la adopción de las normas para el tratamiento de casos por medio de la estrategia de AIEPI, como uno de los instrumentos para encarar este problema. A fin de complementar la asistencia que ya se presta a los distintos países en forma individual, USAID ha seleccionado **ocho países de la Región de las Américas, “prioritarios” en función de** sus problemas relativos a supervivencia infantil así como indicadores y cifras de mortalidad infantil (Bolivia, Ecuador, Perú, Guatemala, El Salvador, Honduras, Nicaragua y Haití), para recibir asistencia técnica a través del proyecto regional de AIEPI, basado en los llamados resultados intermedios, que constituyen un esquema ideado por la oficina de USAID para América Latina y el Caribe (LAC). (5)

En Nicaragua, las actividades relacionadas con la implementación de AIEPI se iniciaron el año 1997, con la elaboración del Plan Operativo de Implementación de AIEPI en el contexto de la Atención Integral a la

Niñez, con el fin de disminuir la morbilidad infantil, se trabajó en la adaptación de los materiales genéricos, formación de facilitadores y capacitación de recursos humanos. Posteriormente, a partir de 1999 fueron incorporadas actividades con enfoque comunitario. (3)

En febrero de 1996 se firmó el Manifiesto de Santa Cruz. El cual es el producto del consenso de representantes de 18 países de Latinoamérica, que se comprometieron a la implementación de AIEPI, entre ellos los de Nicaragua. Para tal efecto, se conformó un equipo coordinador para la implementación de AIEPI a nivel nacional, en el cual participaron el Ministerio de Salud, OPS, UNICEF, Sociedad de Pediatría, entre otros.

La adaptación consideró los principales problemas de salud de la niñez del país, revisión de normas y procedimientos para el manejo de las enfermedades de la niñez, se buscó consenso entre los diferentes programas del Ministerio de Salud, especialmente con el PAI (Programa Ampliado de Inmunizaciones), prestándose especial atención y revisión al reconocimiento y atención en los diferentes niveles de atención en cuanto a IRA, EDA y Nutrición. Se contó además con la participación de escuelas formadoras de recursos humanos de las carreras de Medicina y Enfermería.

La corta duración de la fase de implementación, menos de un año, podría deberse a la percepción, por parte de los gerentes del MINSA, de que en Nicaragua existió suficiente experiencia en la implementación de modelos integrales (AIM, AIN, etc), aún antes de AIEPI.

La fase de expansión se inició en el segundo semestre del año 1998. Esta fase tuvo como característica el desarrollo de un proceso de **capacitación de facilitadores en "cascada" en 14 SILAIS del país,**

incluyendo facilitadores adicionales de los 4 SILAIS iniciales; la capacitación en las dos zonas especiales (RAAS y RAAN) y el departamento de Río San Juan, fue realizada posteriormente.

Como un esfuerzo para lograr la mejora continua de la calidad de la capacitación, se inició la aplicación de instrumentos de control de calidad de la capacitación, que permitieron la definición de estándares de calidad, que aún continúan en vigencia, y la retroalimentación a los facilitadores.

En esta fase, a partir de marzo de 2001, fueron introducidas actividades de seguimiento y monitoreo, capacitando inicialmente a los equipos de **SIL AIS, mediante el “Curso Gerencial de AIEPI”, en el cual se** presentaron las normas e instrumentos de monitoreo, supervisión y evaluación del programa de AIN/AIEPI. Estos equipos fueron responsables de realizar las visitas al personal capacitado, además se impulsó que el seguimiento y monitoreo sea una actividad descentralizada y sistemática, bajo la responsabilidad del equipo de SILAIS o de municipios. (3)

El proceso de formación de facilitadores de AIEPI Clínico en Nicaragua, se inició aplicando un curso de 11 días; en el que se consideraba un porcentaje de, al menos, 40% del tiempo destinado a la práctica clínica con pacientes. Esta modalidad, en cuanto a duración, no pudo ser sostenida más allá de la fase inicial, durante la fase de expansión los cursos fueron acortados y readecuados a 5 días. El acortamiento de los cursos redujo la práctica clínica, sin embargo, se mantuvo el volumen de contenido teórico. Más tarde, se desarrolló un curso de capacitación de 3 días de duración, enfocado hacia la aplicación del Cuadro de

Procedimientos y la hoja de seguimiento; esta modalidad fue empleada en los SILAIS de Matagalpa, Jinotega y Boaco.

Para la ejecución de las actividades de AIEPI, durante este período de expansión, existieron diversas organizaciones que apoyaron con recursos económicos y asistencia técnica: OPS/OMS, USAID, a través de Proyectos de PROSALUD (Proyectos de Salud Descentralizados) y PROSILAIS (Proyecto de Fortalecimiento de los SILAIS), UNICEF, posteriormente se añadieron otras, como el FONMAT, Cruz Roja, la RED NicaSalud, entre otras. El inicio del período de expansión fue favorecido por la ayuda económica recibida en el país, para apoyo y recuperación de las consecuencias provocadas por el paso del Huracán MITCH (Octubre de 1998), en los departamentos afectados (Chinandega, Madriz, Nueva Segovia, Estelí, Matagalpa, Jinotega y León).

Durante el mes de Mayo 2001, el Ministerio de Salud llevó a cabo una **Encuesta Nacional de "Evaluación de los Servicios de Salud"** (3), con el objetivo de conocer la calidad de los servicios de salud, que se brindan **en la atención integral a la niñez". Esta evaluación fue realizada en** catorce de los SILAIS. Los resultados más relevantes fueron: El 60% del personal de salud evaluó los signos de peligros, el 81% los síntomas principales de tos, diarrea y fiebre y se apreció que el 77% de los niños recibieron tratamiento adecuado. Si bien la mayoría de los resultados fueron, a simple vista, satisfactorios, es difícil interpretarlos debido a que no existió información de línea de base.

Nicaragua, al igual que otros países de la región y como país signatario del compromiso de reducción de la mortalidad infantil mediante la estrategia AIEPI, ha venido desarrollando una serie de actividades para alcanzar la meta de reducción de la mortalidad infantil, realizando el día

1 ° de Junio del 2000, el lanzamiento nacional de la meta: "Niñez saludable: la meta 2002 de Nicaragua".

En Nicaragua, el desarrollo del componente comunitario se inició antes **del lanzamiento "oficial" de los materiales de AIEPI comunitario, para** agentes comunitarios de salud en abril de 1999. El modelo propuesto por AIEPI, a nivel de las unidades de salud, fue considerado como una respuesta a la necesidad de integración que suponía la existencia de **Brigadistas de la salud "especializados" en diversas enfermedades o** programas (IRA, EDA, PAI, crecimiento, lactancia materna, etc.), de manera que el proceso de adaptación de materiales de AIEPI Clínico, para ser empleados a nivel comunitario, comenzó a inicios del año 1998, este proceso fue realizado con el intenso apoyo de ADRA Nicaragua (Agencia Adventista para el Desarrollo Rural)

En agosto de 1999, Nicaragua disponía de un primer borrador del AIEPI Comunitario y en el año 2000 fue publicada la primera versión del AIEPI Comunitario para Promotores, que incorporó varios elementos de la versión genérica; éste material fue sometido a un proceso de validación y se observaron debilidades en aspectos de nutrición, promoción, prevención, organización comunitaria y de algunos contenidos técnicos y de diseño del manual, que intentaron ser subsanados en versiones posteriores (2001 y 2002) A pesar de varias limitaciones y una serie de obstáculos, hasta mediados del 2002, a nivel nacional se habían capacitado 5.000 brigadistas, lo cual fue posible con apoyo de ONGs y el **financiamiento provenientes de los "Fondos Mitch", recursos económicos** que llegaron al país destinados al apoyo y recuperación de las consecuencias provocadas por el paso del huracán, en los departamentos afectados.

A partir del año 2001, el organismo BASICS (Soporte Básico para la Institucionalización de la Supervivencia Infantil, proyecto global financiado por USAID), con apoyo de PROSALUD, presentó al MINSA (Primer Nivel de Atención), un modelo de atención al niño en la comunidad, basado en el AIN-C desarrollado en Honduras, con un enfoque de promoción del crecimiento, consejería nutricional y un componente de enfermedades prevalentes (AIEPI Comunitario); este modelo fue implementado por PROSALUD y varias ONGs. También, el Banco Mundial propuso un modelo, basado en el AIN-C de Honduras, concentrado hacia en la promoción del crecimiento y la consejería; este programa fue denominado PROCOSAN, y fue aplicado de manera **“piloto” en escasas comunidades** y conducido desde el departamento de Nutrición del MINSA. (3)

El SILAIS Boaco consciente de que la implementación de la estrategia AIEPI era determinante para impulsar cambios y romper con esquemas tradicionales de atención a la niñez, inició el proceso de capacitación en Octubre de 1998, en el que el municipio de Boaco fue sujeto activo al completar todas las actividades programadas para tal fin. (6)

Sin embargo, en el municipio de Boaco, no se ha habido abordado a nivel local un estudio que permitiera analizar algunos aspectos del desempeño de los recursos de AIN en la aplicación de la misma. Lo que se había realizado hasta antes de este estudio fueron visitas de monitoreo y supervisión a las diferentes unidades de salud del territorio, sin efectuarse un proceso de sistematización de la información que generara elementos de juicio para la identificación de barreras en la ejecución de esta estrategia.

### III. JUSTIFICACIÓN

En los últimos años, se ha generado cierta conciencia con respecto a la necesidad de tomar acciones concretas para la reducción de la morbilidad y mortalidad en los niños menores de 5 años. Esto ha contribuido a acelerar el proceso de diseño e implementación de estrategias cada vez más eficaces, para salvar de la enfermedad y la muerte a estos niños.

La Estrategia de Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – AIEPI, supone un esfuerzo conjunto de gran número de personas que permitan hacer accesible esta estrategia, a fin de contribuir de manera más eficiente y eficaz a la prevención, detección precoz y tratamiento de los principales problemas de salud que afectan a nuestra infancia.

En el municipio de Boaco el personal del primer nivel de atención ha sido capacitado para su aplicación, sin embargo, la capacitación no garantiza *per se* la correcta aplicación de la estrategia. Quedaba por saber si se estaba teniendo un óptimo aprovechamiento de la misma, si era adecuado el seguimiento a la estrategia y principalmente si existía un sentido de apropiación por parte del personal de salud para la ejecución de la misma. Lo antes expuesto motivó la ejecución de este estudio, cuya información es valiosa para las autoridades de salud municipal con el fin de dirigir sus acciones hacia el mejoramiento de aquellos nudos críticos identificados, y así optimizar la atención a este grupo etéreo, y cumplir con el principal objetivo de la estrategia que es la disminución de la morbimortalidad infantil.

#### **IV. PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA**

Con relación a lo antes descrito, se plantearon las siguientes preguntas que guiaron este estudio:

¿Cómo se está aplicando la estrategia AIEPI, por parte de los trabajadores de la salud en el municipio de Boaco, durante el período Abril a Julio del 2005?

Específicamente,

1. ¿Cuál es el grado de apropiación que el personal de salud tiene de la estrategia AIEPI?
2. ¿Cuál es el nivel de cumplimiento de las actividades claves de la estrategia AIEPI por parte del personal?
3. ¿Cómo se han desarrollado las actividades de monitoreo y supervisión, para asegurar el proceso de ejecución de la estrategia AIEPI?
4. ¿Qué barreras están presentes en los servicios de salud para la ejecución de la estrategia?



## **V. OBJETIVOS**

### **5.1 Objetivo General**

Analizar la aplicación de la Estrategia AIEPI, por parte de trabajadores de la salud en el municipio de Boaco, durante el período Abril – Julio del 2005.

### **5.2 Objetivos Específicos**

1. Identificar el grado de apropiación que el personal de salud tiene de la estrategia AIEPI.
2. Analizar el cumplimiento de las actividades claves de la estrategia AIEPI por parte del personal.
3. Analizar la aplicación del monitoreo y la supervisión para asegurar el proceso de ejecución de la estrategia AIEPI.
4. Identificar las barreras presentes en los servicios de salud para la ejecución de la estrategia AIEPI.

## VI. MARCO DE REFERENCIA

La estrategia AIEPI fue desarrollada a inicios de la década de los 90, por la OMS y UNICEF, destinada prioritariamente a países con una mortalidad infantil superior a 40 por mil nacidos vivos. Actualmente, más de 70 países, se encuentran aplicando la estrategia AIEPI, en diferentes grados de implementación.

La estrategia AIEPI combina la mejora de la atención de las enfermedades prevalentes de la niñez, con aspectos de nutrición, vacunación, promoción y otros factores que tienen influencia sobre la salud infantil, incluyendo la salud materna. Teniendo como acciones prioritarias:

- Disminuir la mortalidad del menor de 5 años
- Disminuir la frecuencia y severidad de las enfermedades prevalentes de la infancia
- Contribuir a mejorar el crecimiento y desarrollo del menor de 5 años
- Mejorar la calidad de la atención del menor de 5 años en los establecimientos de salud del primer nivel de atención

Sin embargo, la magnitud de la mortalidad y morbilidad debido a las enfermedades prevalentes de la infancia, no justifican plenamente el enfoque integrado de AIEPI, ya que en el pasado estas enfermedades eran enfrentadas mediante programas (CEDA, IRA, etc.).

La racionalidad de AIEPI se basa en el hecho de que muchos niños y niñas presentan signos y síntomas relacionados a más de una de las **enfermedades mencionadas; esta "sobreposición" de signos, síntomas y**

por lo tanto, enfermedades, hacen que un sólo diagnóstico sea insuficiente e inapropiado (Figura 1).

De manera que el enfoque integrado de AIEPI es una respuesta a la necesidad de ir más allá de los programas (que atiendan a una sola enfermedad) y considerar la salud del niño de manera integral.

**Figura 1** Condición posible ante los síntomas presentes en niños con IRA

<b>Para muchos niños, un solo diagnóstico puede no ser apropiado</b>	
<b>Problema</b>	<b>Posible causa o condición asociada</b>
Tos y/o respiración rápida	Neumonía Anemia severa Malaria por p.falciparum
Letargia o inconciencia	Malaria cerebral Meningitis Deshidratación severa Neumonía grave
Sarampión	Neumonía Diarrea Infección del oído
Menor de 2 meses muy enfermo	Neumonía Meningitis Sepsis
<b>REF: WHO/CHS/CAH/98.1A. REV.1 1999</b>	

La propuesta de atención integrada a enfermedades prevalentes de la infancia AIEPI, está dirigida a contribuir al logro de tres objetivos generales que se consideran de la mayor importancia: (1)

## **6.1 Objetivos generales de la estrategia**

6.1.1 Reforzar el concepto de integralidad de la atención de la salud del niño en los servicios de salud cambiando el foco de atención hasta ahora puesto en la enfermedad, hacia la atención global de la condición de salud del niño, permitiendo así identificar los principales problemas que le afectan.

6.1.2 Fortalecer la capacidad de planificación y resolución del primer nivel de atención poniendo a disposición del personal de salud las herramientas para la resolución adecuada de los problemas más frecuentes que afectan la salud del niño y que son motivo de consulta infantil.

6.1.3 Lograr una mayor equidad en el acceso a la atención adecuada de la salud del niño poniendo a disposición de la población tecnologías apropiadas de diagnóstico y tratamiento de los problemas de salud más frecuentes.

## **6.2 Etapas de implementación de la estrategia**

La OPS/OMS propuso llevar adelante la implementación de la estrategia en tres etapas: (1)

Etapa 1: Análisis de la situación epidemiológica y del control de los principales problemas de salud del niño.

Etapa 2: Análisis de la estrategia de atención integrada a las enfermedades prevalentes de la infancia y organización de su implementación en el país.

Etapa 3: Elaboración e implementación de planes operativos.

### **6.3 Elaboración e implementación de planes operativos**

Es ésta etapa de implementación de la estrategia la que reviste más importancia para el estudio, ya que esta contempla en detalle las actividades que deben realizarse para la ejecución de la misma. Dichas actividades son:

#### **6.3.1 *Capacitación del personal de salud en la aplicación de la estrategia.***

La capacitación del personal de salud en la aplicación de la estrategia incluye la capacitación del personal responsable de la atención infantil al nivel de los servicios locales de salud y otras instituciones de consulta ambulatoria. También incluye la capacitación del personal responsable de la planificación de actividades a nivel nacional, regional y local. El personal de salud responsable de la atención involucra, en primer lugar al personal médico y de enfermería de los servicios de salud. Posteriormente se contaría con los agentes comunitarios de salud u otro personal voluntario que pueda tomar parte en la atención de niños y de ese modo mejorar el acceso de la comunidad a la estrategia.

La capacitación del personal de salud responsable de la atención incluye los criterios de evaluación, clasificación y tratamiento de enfermedades prevalentes en el niño. El personal recibiría también capacitación para

desempeñarse adecuadamente en la educación y comunicación con madres de niños menores de 5 años, con el fin de mejorar el conocimiento de las mismas con respecto a la atención del niño en el hogar. La capacitación incluye un fuerte componente práctico para adquirir las habilidades necesarias en la adecuada aplicación de la estrategia.

### ***6.3.2 Provisión de suministros para la implementación de la estrategia.***

Este incluye no solo el rubro de medicamentos para el tratamiento de los niños, sino también el material necesario para la capacitación del personal de salud, el material para la educación de las madres en la atención adecuada del niño en el hogar y cualquier otro material requerido como el equipamiento. Los aspectos de distribución, almacenamiento, control de equipo y uso adecuado de medicamentos merecen especial importancia.

### ***6.3.3 Supervisión del personal de salud en la aplicación de la estrategia***

La supervisión constituye un complemento de la capacitación, jugando un rol estratégico que garantiza el cumplimiento efectivo de la estrategia de atención integral. Su objetivo es identificar cuales son las necesidades de apoyo técnico que necesita el personal, la identificación de problemas de desmotivación del personal, cumplimiento de las normas técnicas en la prestación de servicios, que componentes de los programas o servicios es necesario estimular, cuales son las alternativas de solución para el avance de las actividades, abastecimiento de materiales, insumos y equipos necesarios para la prestación de los servicios y lo que es más importante cuales son los problemas y

alternativas de solución, con responsabilidad compartida para el avance de las actividades. (7)

Este contempla la formación del personal responsable de la supervisión y la identificación de los mecanismos más adecuados para la supervisión, incluyendo especialmente el uso de indicadores de monitoreo para identificar posibles problemas en la toma de acciones específicas de supervisión directa. Teniendo especial cuidado en la adecuación de los instrumentos de supervisión para garantizar la calidad de la misma.

#### ***6.3.4 Comunicación social y educación para la salud de la población en relación a la estrategia.***

De acuerdo con las recomendaciones de la estrategia de atención integrada sobre la educación de las madres y otros responsables de la atención de los niños, deben incluirse lineamientos generales para la comunicación, teniendo en cuenta las características locales de la población.

La estrategia supone además la necesidad de recopilar información sobre los conocimientos, actitudes y prácticas actuales de la población en general o de grupos de población específicos identificados a partir de su unidad sociocultural.

#### ***6.3.5 Monitoreo y evaluación de actividades y resultados.***

Implica el análisis de los indicadores que deben utilizarse para el seguimiento del proceso de implementación y de los resultados que permita conocer la evolución del problema y el impacto esperado de la intervención. A partir de estos indicadores, se definiría la información

necesaria para su cálculo, incluyendo las fuentes a partir de las cuales puede obtenerse, priorizando en todos los casos la utilización de las fuentes de información ya existentes y fomentando el uso y análisis de los datos.

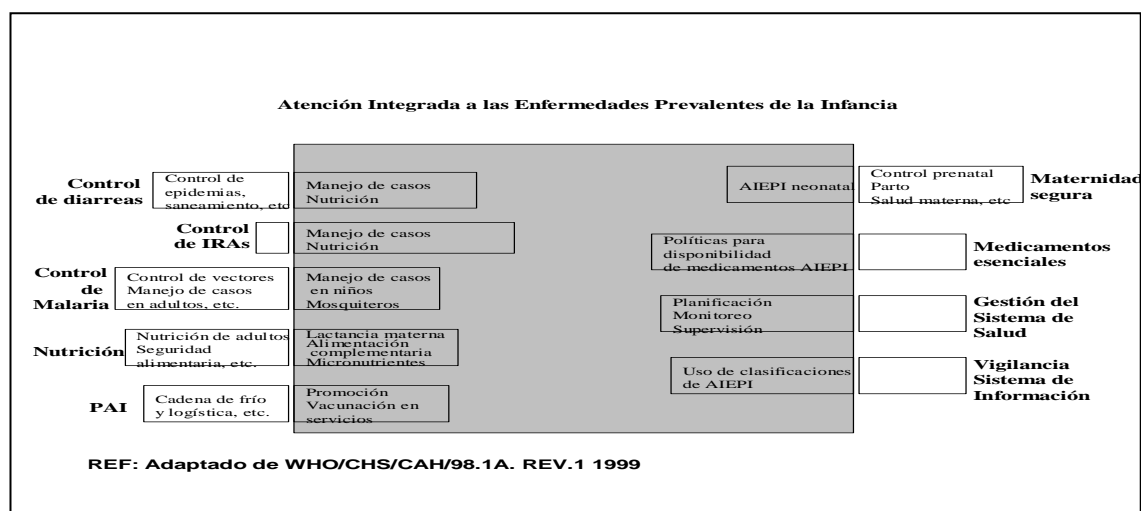
Se analizarían los mecanismos de coordinación que deben establecerse en las áreas respectivas dentro del ministerio de salud, tanto para la obtención, procesamiento, análisis y las acciones en respuesta a los hallazgos.

Los objetivos del seguimiento y monitoreo son: retroalimentar de manera inmediata al personal de salud que ha sido observado durante la atención al menor de 5 años, identificar barreras que limitan la aplicación de AIEPI en servicio y lograr compromisos del personal de salud para mejorar la aplicación de AIEPI. (8)

#### **6.4 Áreas de integración de la estrategia**

Los programas de control de las enfermedades diarreicas, de las infecciones respiratorias agudas y otros, han dejado muchas experiencias y lecciones que han sustentado la concepción y el desarrollo de la estrategia AIEPI. (Figura 2)



**Figura 2 Áreas de integración de AIEPI con otras iniciativas y programas**

## 6.5 Las intervenciones de AIEPI

Las intervenciones de AIEPI son curativas, preventivas y de promoción de la salud; pueden ser aplicadas en el hogar y en los servicios de salud, tal como se aprecia en el cuadro 3. (3)

**Figura 3 Intervenciones incluídas en la estrategia AIEPI**

	<b>Promoción del crecimiento Prevención de la enfermedad</b>	<b>Respuesta a la enfermedad Cuidado "curativo"</b>
<b>Hogar</b>	<input type="checkbox"/> Intervenciones comunitarias para mejorar la nutrición <input type="checkbox"/> Medidas preventivas generales y específicas	<input type="checkbox"/> Manejo temprano de casos <input type="checkbox"/> Búsqueda apropiada de ayuda <input type="checkbox"/> Cumplimiento del tratamiento
<b>Servicios de salud</b>	<input type="checkbox"/> Vacunación <input type="checkbox"/> Consejería sobre lactancia materna y alimentación complementaria <input type="checkbox"/> Suplementación con micronutrientes	<input type="checkbox"/> Manejo de casos: IRA, diarrea, sarampión, malaria, desnutrición, otras infecciones <input type="checkbox"/> Consejería de lactancia materna y alimentación complementaria <input type="checkbox"/> Tratamiento de anemia <input type="checkbox"/> Tratamiento antiparasitario

REF: WHO/CHS/CAH/98.1A. REV.1 1999

## **6.6 Los componentes de AIEPI**

Desde su diseño original, la estrategia AIEPI planteó 3 componentes, interrelacionados y sinérgicos. Se requiere un desarrollo armónico de estos componentes para alcanzar los objetivos y el impacto de la estrategia. En la figura 1 se representan los componentes mencionados.

### **6.6.1 *Mejora del sistema de salud***

Se refiere a crear las condiciones propicias para que la estrategia AIEPI pueda ser aplicada. Incluye el desarrollo de capacidades gerenciales a todo nivel (planificación, dirección, organización, coordinación, control), que permitan la coordinación e integración entre programas (Ej. CEDA, IRA, PAI, Nutrición, Medicamentos, Vigilancia Epidemiológica, etc.), con otras iniciativas (Ej. Reforma en Salud) y con otras estrategias (Ej. Maternidad Segura), buscando garantizar la existencia de una red de servicios funcional y estructurada, establecimientos de salud con insumos y medicamentos básicos, sistemas de información adecuados, etc., y la elaboración de un plan de implementación y expansión de AIEPI, tanto a nivel central como departamental y municipal.

### **6.6.2 *Mejora de las aptitudes del personal de salud en la prevención, promoción de la salud y el tratamiento de las enfermedades de la infancia.***

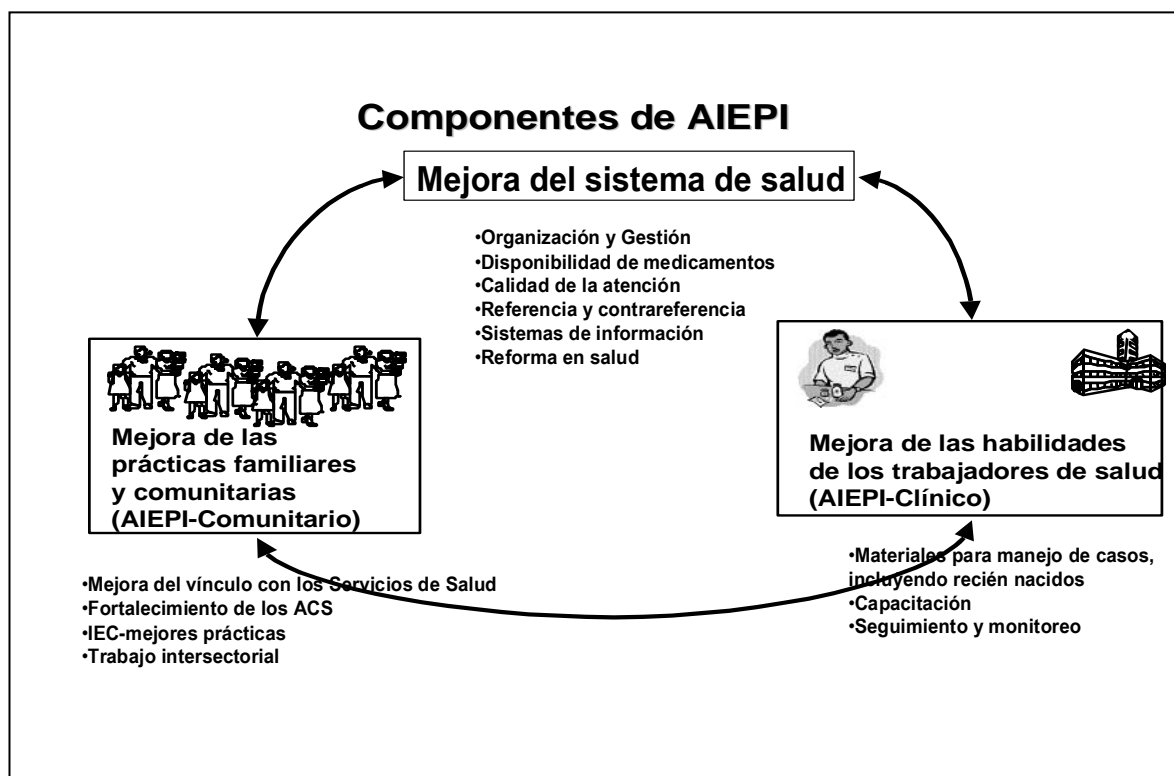
El modelo de atención propuesto en la estrategia AIEPI en el componente “Mejora de las aptitudes del personal de salud”, está orientado al personal que trabaja en los establecimientos de salud de primer nivel y a los estudiantes de pregrado. Propone un esquema

integrado de atención al niño menor de 5 años de edad, que permite la identificación de cualquier problema de salud y nutrición de manera sistemática, más allá del motivo aparente de la consulta; de este modo se disminuyen las oportunidades perdidas para aplicar medidas terapéuticas y otras de prevención, educación y promoción de la salud, durante la atención del niño o niña en cualquier consulta ambulatoria.

Este componente se refiere fundamentalmente a la capacitación, en AIEPI e incluye el seguimiento y monitoreo como una actividad fundamental para fortalecer las habilidades clínicas adquiridas y apoyar su aplicación en la práctica rutinaria.

#### ***6.6.3 Mejora de las prácticas familiares y comunitarias en cuanto a la salud de los niños***

Este componente ha sido el último en desarrollarse y representa el componente comunitario de AIEPI (AIEPI-Comunitario). La OPS/OMS, en Santo Domingo, República Dominicana, en abril de 1999, presentó a la región de Latinoamérica y El Caribe, los materiales genéricos del AIEPI Comunitario para Agentes Comunitarios de Salud, en base a los cuales muchos países han desarrollado adaptaciones y añadido nuevos contenidos. Actualmente la concepción de este componente tiene un enfoque más amplio y se basa en un marco conceptual, propuesto por BASICSII/CORE, que considera tres elementos y una plataforma multisectorial, los cuales mediante su interrelación, buscan la promoción y aplicación de prácticas claves para el crecimiento y desarrollo saludable del menor de 5 años.

**Figura 4. Componentes del AIEPI**

## 6.7 El proceso de atención de casos

La estrategia AIEPI ha sido diseñada para que el proceso de atención integrada de casos pueda ser aplicado por médicos, enfermeras, auxiliares y otro personal de salud que participa en la atención de niños.

En el centro de la atención de la estrategia, se encuentra el tratamiento o manejo de casos, de cinco de las causas más comunes de enfermedad y muerte en la infancia: neumonía, diarrea, malaria, sarampión, y la desnutrición que agrava el curso de éstas enfermedades. (9)

Se han formulado nuevos lineamientos de tratamiento estándar para facilitarle a los trabajadores de salud la evaluación de los niños enfermos por medio de la observación de signos fácilmente reconocibles (signos claves). Se utiliza un sistema codificado con colores para clasificar la condición del niño de acuerdo a si necesita referencia urgente para evaluación y cuidado más especializados, tratamiento en ese momento o si se le debe de dar consejos sobre el manejo en el hogar. También se recomienda a los padres vigilar a los niños por signos de peligro, los cuales significan que deben regresar para recibir tratamiento adicional, además de que trabajadores de salud chequean los esquemas de inmunización en los niños y su estado nutricional, a fin de proveerles consejos sobre la alimentación. (10)

El proceso en si, se presenta en una serie de cuadros que muestran la secuencia de los pasos a seguir y proporcionan información para hacerlo. Estos cuadros se han elaborado para dos grupos etáreos diferentes, el grupo de niños de 1 semana a 2 meses y el de 2 meses a 4 años de edad. Los mismos tienen por objetivo apoyar el personal de salud en la atención a los niños de forma correcta y eficiente, constituyendo protocolos de atención del AIEPI. Estos se han elaborado en dos presentaciones con igual contenido; afiches y la libreta de Cuadros de Procedimientos

Las actividades claves del proceso de atención son:

- Evaluar al niño
- Clasificar la enfermedad
- Determinar el tratamiento
- Aconsejar a la madre o al acompañante
- Proporcionar atención de reevaluación y seguimiento

El paso designado a **“Evaluar al niño”** se refiere a preparar su historial de salud, mediante un interrogatorio y un examen físico, para lo cual el recurso se apoya en la Hoja de Seguimiento (Anexo 6) que contiene todas las actividades claves, incluyendo la evaluación del crecimiento y desarrollo. **“Clasificar la enfermedad”** significa determinar su gravedad, para lo cual se selecciona una categoría o **“clasificación”** para cada uno de los síntomas principales que indique la gravedad de la enfermedad. La clasificación no constituye un diagnóstico específico, son simplemente categorías utilizadas para determinar el tratamiento.

Los cuadros recomiendan el tratamiento apropiado para cada clasificación. Cuando se usa este procedimiento, basta con buscar la **clasificación en el cuadro para poder “Determinar el tratamiento”** del niño. Por ejemplo, un niño que tenga una ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE puede tener meningitis, malaria grave o septicemia. Los tratamientos que se indican para ENFERMEDAD FEBRIL MUY GRAVE serán apropiados porque se seleccionaron con el fin de cubrir el tratamiento de las enfermedades más importantes en esa clasificación.

El paso **“Dar el tratamiento”** se refiere a la atención proporcionada en la unidad de salud, las recetas de medicamentos y otros tratamientos que se lleven a cabo en el hogar, y la enseñanza de las madres para que los **administren**. **“Aconsejar a la madre o al acompañante”** es un proceso que conlleva evaluar la forma en que el niño se alimenta, asesorar a la madre sobre lo que el niño debe comer y beber, e indicarle cuando tiene que llevarlo nuevamente a la unidad de salud. (9)

## Beneficios de la estrategia AIEPI

La implementación de AIEPI tiene el potencial de ofrecer los siguientes beneficios: (3)

**Figura 5 Beneficios del AIEPI**

**Enfoca los principales problemas de la salud de la niñez.**

**Responde a la demanda**, todos los días muchos niños son llevados a los hospitales, centros de salud, farmacias y a agentes comunitarios de salud. Al menos 3 de 4 de estos niños padecen una de las 5 condiciones enfrentadas por AIEPI.

**Es probable que AIEPI tenga el mayor impacto en el estado de salud del niño/a.** El Banco Mundial, en el año 1993, estimó que AIEPI tiene el mayor potencial para lograr impacto en la carga global de enfermedades.

**Promueve la prevención y el tratamiento**, además del tratamiento, existe un importante enfoque hacia intervenciones preventivas, tales como vacunación y mejora de las prácticas alimentarias.

**Es costo-efectivo**, AIEPI está entre las 10 intervenciones que tienen mejor relación costo-efectividad.

**Promueve ahorro de recursos económicos**, un manejo inapropiado de las enfermedades desperdicia los pocos recursos existentes. Pese a que es necesaria una inversión inicial (en capacitación y reorganización), a la larga es evidente el ahorro de recursos.

**Mejora la equidad**, si bien casi todos los niños que viven en países desarrollados tienen acceso a servicios de salud que ofrecen una atención apropiada y de calidad, esto no ocurre para muchos niños que viven en países en desarrollo. AIEPI busca evitar esta inequidad al mejorar la calidad y accesibilidad de los servicios de salud

**Promueve la participación comunitaria**, el componente comunitario de AIEPI rescata las experiencias exitosas de las organizaciones que han desarrollado intervenciones en la comunidad.

REF: Modificado de WHO/CHS/CAH/98.1A. REV.1 1999

## **VII. DISEÑO METODOLOGICO**

### **a) Tipo de diseño**

El presente es un estudio descriptivo de corte transversal, sobre la implementación y utilización de la estrategia AIEPI (Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia) por parte del personal de salud del municipio de Boaco, durante el período de Abril a Julio del 2005.

### **b) Población de estudio**

El Universo del estudio lo constituyó el personal de salud (médicos, enfermeras, auxiliares de enfermería), y las 10 unidades de salud de atención primaria del municipio de Boaco (Ver anexo 1), que brindan regularmente atención a niños de 1 mes a 5 años de edad.

### **c) Tamaño de la muestra**

La muestra estuvo constituida por el 100% (22) trabajadores, el total de médicos y enfermeras de las 10 unidades de salud observadas, que se desempeñan en la aplicación del AIEPI.

### **d) Fuentes e instrumentos de recolección de datos**

Fuentes primarias:

- ✓ Entrevista aplicada a personal de salud (médicos y auxiliares de enfermería)



- ✓ Observación de la atención brindada por personal de salud y observación de las unidades de salud.

Fuente secundaria:

- ✓ Revisión de expedientes.

Las dos guías de observación, son una adaptación de las guías de monitoreo y supervisión que aplica el Ministerio de Salud, y que fueron modificadas y ampliadas a conveniencia de los investigadores. Se elaboró cuestionario con preguntas cerradas y una pregunta abierta. Estos instrumentos de recolección de información, fueron previamente validados y en consecuencia se le realizaron los ajustes necesarios.

El cuestionario 1, fue aplicado al personal de salud, con el objetivo de conocer el perfil profesional del recurso, aspectos relacionados a la capacitación y a la calidad del seguimiento de la estrategia.

La guía de observación 1, se aplicó al personal de salud, a fin de identificar el cumplimiento de las actividades claves de la estrategia, valorando de esta forma conocimientos y habilidades del personal. La guía 2 fue diseñada para observar los establecimientos de salud, específicamente el suministro de medicamentos, equipos básicos y organización de los servicios para la atención oportuna.

#### **e) Técnicas de recolección de datos**

La técnica utilizada fue la entrevista directa aplicada de manera verbal y además la observación de campo, de forma sistemática, estructurada y participante, aplicándose el método de observación directa para aplicar las guías de observación.

#### **f) Procedimientos para la colecta de datos**

Para la recolección de los datos se procedió a desarrollar las siguientes actividades:

- Capacitación de los recursos que recolectaron la información para llevar a cabo el proceso de observación y encuesta.
- En un segundo momento se llevó a cabo la visita a los servicios de salud seleccionados, en donde el elemento central fue la observación de la atención de niños menores de 5 años durante la consulta.
- Posterior a la aplicación de las guías de observación, se procedió a hacer revisión de los expedientes clínicos de aquellos casos que fueron observados por los investigadores.
- Finalmente se realizó la entrevista a los recursos humanos, mediante la aplicación del cuestionario.

#### **g) Procesamiento y análisis de la información**

Concluida la fase de aplicación de instrumentos, la información recabada fue organizada de acuerdo a los objetivos de la investigación y procesada de forma computarizada, para lo cual se elaboró una base de datos en EpiInfo 2002.

Las variables fueron agrupadas a discreción de los investigadores y se les atribuyó las categorías de adecuado e inadecuado. Los resultados se presentaron en tablas de distribución de frecuencias y porcentajes y fueron graficados para facilitar el análisis. Estos resultados fueron

contrastados con los criterios establecidos en la operacionalización de las variables, a fin de generar la discusión de los resultados.

El nivel de análisis de los resultados es descriptivo, por tanto las estadísticas usadas son descriptivas, basadas en proporciones (porcentajes), medidas de posición e índices.

#### **h) Variables de estudio**

A continuación se presentan las variables estudiadas según objetivos específicos planteados:

#### **Grado de apropiación que el personal de salud tiene de la estrategia AIEPI.**

- Perfil profesional del recurso
- Unidad en la que laboran los recursos
- Tiempo de ubicación en el cargo de AIN
- Tiempo transcurrido desde la capacitación
- Duración de la capacitación
- Percepción sobre la utilidad de la estrategia AIEPI

#### **Cumplimiento de las actividades claves de la estrategia AIEPI por parte del personal de salud**

- Búsqueda de signos generales de peligro
- Atención a enfermedades prevalentes
- Evaluación del crecimiento
- Evaluación del desarrollo
- Evaluación del estado de vacunación

- Recomendaciones a la madre sobre identificación de signos de alarma
- Clasificación de enfermedades prevalentes en el niño
- Recomendaciones terapéuticas
- Uso de materiales del AIEPI

### **Aplicación del monitoreo y la supervisión para asegurar el proceso de ejecución de la estrategia AIEPI.**

- Periodicidad del monitoreo
- Periodicidad de la supervisión
- Calidad de la retroalimentación
- Establecimiento de compromisos para mejorar la aplicación del AIEPI
- Seguimiento de compromisos para mejorar la aplicación del AIEPI
- Suministro de equipos y material básico de AIEPI cuando se reporta déficit.

### **Barreras presentes en los servicios de salud, para la ejecución de la estrategia AIEPI.**

- Disponibilidad de medicamentos esenciales en las unidades de salud
- Disponibilidad de equipos y materiales para la atención del AIEPI
- Organización de los servicios para la atención oportuna
- Otras barreras identificadas en el proceso de investigación

#### **i) Control de sesgos**

El sesgo de información fue tratado de evitar a través de la capacitación previa de los recursos que llevaron a cabo el proceso de observación y entrevista. Además de disponer de instrumentos estandarizados para la recolección de la información, que fueron previamente validados.

## **j) Consideraciones éticas**

Para realizar el proceso de obtención de la información se solicitó en primera instancia el consentimiento de la dirección municipal, quien además fue informado de la utilidad del estudio.

Los recursos de salud que constituyeron la unidad de análisis fueron informados del objetivo de la investigación, obteniendo su consentimiento para la aplicación de los instrumentos de recolección de datos, los cuales además fueron anónimos.

## VIII. RESULTADOS

Durante el proceso de investigación fueron entrevistados 22 trabajadores de la salud y visitadas para el proceso de observación las 10 unidades de salud del municipio. Obteniendo los siguientes resultados por objetivos:

### 8.1 Grado de apropiación que el personal de salud tiene de la estrategia AIEPI

Entendiendo por apropiación como “aplicar a una práctica **lo que es más propio o conveniente**”, siendo oportuno analizar dicha apropiación según aspectos relacionados a la unidad de salud donde laboran los recursos, a su perfil profesional, el tiempo de permanencia en el cargo y a la capacitación. De manera que se pueda discernir si las condiciones ya mencionadas son propicias para la ejecución de la estrategia.

El 54.5 % (12) de los recursos que brindan atención integral a la niñez eran auxiliares de enfermería, 31.8% (7) eran médicos generales y 13.6% (3) eran médicos en servicio social. Tabla 1.

El 72.7 % (16) de los recursos que dan AIN estaban ubicados en los puestos de salud y 27.3 % (6) en los centros de salud del municipio. Tabla 2

El 72.7 % (16) de los recursos tenían mas de 1 año de estar en el cargo de Atención Integral a la niñez. Tabla 3.

El 72.7 % (16) de los recursos fue capacitado hace más de 1 año. El 27.2 (6) no había sido capacitado y correspondían al grupo de médicos. Tabla 4.

El 45.4 % (10) de los recursos fue capacitado en el curso básico del AIEPI de 5 días y el 22.7 % (5) fueron capacitados en el curso de 3 días. Tabla 5.

Todos los recursos de salud (22) consideraron útil la estrategia, entre otras cosas porque:

*Es accesible para todo perfil profesional (auxiliar, médico.)*

*Las auxiliares refieren que pueden resolver un problema, aunque no esté el médico, ya que el Cuaderno de Procedimientos brinda toda la información requerida.*

*Permite dar seguimiento al crecimiento y desarrollo del niño.*

*Si se sigue el orden de la hoja, no se escapa nada.*

*Un médico refirió que la estrategia limita, por no contener algunos componentes clínicos, pero que la considera útil.*

*Permite normar al personal de salud en relación a la clasificación y el tratamiento.*

## **8.2 Nivel de cumplimiento de las actividades claves**

La estrategia AIEPI exige el cumplimiento de actividades claves durante el proceso de atención de casos, que permitan identificar cualquier problema de salud y nutrición de manera sistemática, más allá del motivo aparente de consulta. Las que a su vez miden el **conocimiento** y las **habilidades** de los recursos para la ejecución de la estrategia. Estas actividades son: evaluar al niño, clasificar la enfermedad,

determinar el tratamiento, aconsejar a la madre o al acompañante y proporcionar atención de reevaluación y seguimiento.

El 68.2% (15) de los recursos hizo todas las preguntas claves para la búsqueda de los cuatro signos de peligro en el niño, (Dejo de comer y beber, vomita todo, convulsiones, anormalmente somnoliento). Tabla 6.

El 36.4% (8) de los recursos realizó la búsqueda de todos los síntomas principales de las enfermedades prevalentes de la infancia. La debilidad se identificó principalmente en la búsqueda de signos para tos o dificultad para respirar, en donde el 36.4% (8) realizaba la toma de la frecuencia respiratoria. Además se observó búsqueda inadecuada en los signos de problemas de oído, problemas de garganta y desnutrición grave o anemia. Tabla 7.

El 72.7% (16) cumplió con todos los pasos para la evaluación del crecimiento del niño; el 100 % (22) de los recursos pesó al niño, el 90.9 % (20) interpretó la curva de crecimiento, pero sólo el 72 % (16) explicó y dio consejería sobre el crecimiento del niño. Tabla 8.

El 22.7% (5) de los recursos realizó adecuadamente la evaluación del desarrollo, utilizando la Tabla del CLAP. Tabla 9.

La mayoría, 95.5% (21) evaluó el estado de vacunación y aplicó las vacunas necesarias según el esquema del PAI. Tabla 10.

El 22.7% (5) orientó a la madre cuando volver de inmediato, ante la presencia de signos de alarma. Tabla 11.



El 36.4 % (8) seleccionó adecuadamente la clasificación, según los signos y síntomas encontrados durante la atención al niño. Tabla 12.

El 63.6% (14) brindó el tratamiento adecuadamente. Tabla 13.

Un 22.7% (5) de los recursos hizo uso del cuaderno de procedimientos y/o afiches del AIEPI. Tabla 14.

### **8.3 Aplicación del monitoreo y la supervisión para asegurar el proceso de ejecución de la estrategia AIEPI.**

El proceso de **seguimiento** (monitoreo, supervisión, retroalimentación, compromisos), juega un rol estratégico para **garantizar el cumplimiento** efectivo de la estrategia de atención integral y constituye un complemento de la capacitación. La supervisión asegura el cumplimiento adecuado de las normas para la atención que se brinda a la población.

En el estudio se comprobó que el proceso de seguimiento estuvo a cargo de un equipo de supervisores del nivel municipal. Los resultados se hacen llegar al SILAIS, sin embargo éste no realiza un seguimiento sistemático de los mismos.

La mayoría, el 81.8% (18) de los recursos fue monitoreado semestralmente, 9.1% (2) trimestralmente, 4.5% (1) anualmente y 4.5% (1) nunca fue monitoreado. Tabla 15.

El 81.8% (18) de los recursos fue supervisado semestralmente, 9.1%(2) trimestralmente y 9.1% (2) nunca fue supervisado. Tabla 16

El 86.4 % (19) conoce los resultados de la supervisión y monitoreo. El 72.7 % (16) recibió retroalimentación, considerada como óptima.

Tabla 17

En el 72.7 % (16) de los casos se establecieron compromisos para mejorar la aplicación del AIEPI. Tabla 18

En el 63.6 % (14) de los casos se le dio seguimiento a estos compromisos. Tabla 19

El 18.2 % (4) refieren que siempre que ha reportado déficit de equipos y materiales en las visitas de supervisión, se les ha resuelto. En el 4.5 % (1) de los casos nunca se les resolvió. En el 59.1 % (13) de los casos los recursos refieren no haber tenido déficit de equipos y materiales básicos del AIEPI. Tabla 20

#### **8.4 Barreras presentes en los servicios de salud para la ejecución de la estrategia AIEPI**

Las barreras presentes en los servicios de salud fueron valoradas a través de la observación y contrastadas con los estándares del AIEPI.

El total de las unidades de salud, no tuvo disponibilidad de los 13 medicamentos esenciales para la aplicación del AIEPI. Este déficit fue a expensas de la Vitamina A, disponible en el 20% (2) de las U/S. Amoxicilina, disponible en el 20% (2) de las U/S. Gentamicina, no estaba disponible en ninguna de las U/S. Los 10 medicamentos restantes si estaban abastecidos en el 100% (10) de las U/S. Tabla 21

Solamente el 30 % (3) de las U/S tuvo disponible la papelería y equipo básico para la atención del AIEPI. Este déficit fue a expensas de reloj segundero, 70% de las U/S no tenían este equipo. Los tarjeteros de AIN se encontraron sin actualizar en un 40 % (4) de las unidades. Tabla 22

El 50 % (5) de las unidades de salud está organizada de manera que la madre recibe orientación adecuada para la atención, el tiempo de espera es mayor a una hora y sale satisfecha de la atención recibida. Tabla 23

En el 72.7 % (16) de los casos observados la atención de un solo niño es realizada por varios recursos (médico – auxiliar), durante la misma consulta. Tabla 24

## **IX. ANALISIS DE RESULTADOS**

En el municipio de Boaco hasta la fecha, no se había efectuado ninguna investigación que permitiera conocer las particularidades en relación a la implementación del AIEPI, que generara elementos de juicio para la identificación de barreras en la ejecución de la misma, ésta constituye la primera experiencia.

Este estudio aborda elementos que corresponden a evaluación del desempeño, sin embargo va más allá de este concepto, puesto que describe elementos relacionados al suministro de medicamentos y equipos básicos en los establecimientos de salud; particularidades del seguimiento a la estrategia que los gerentes realizan al personal de salud; como también detalla el perfil profesional de los recursos y la capacitación de los mismos en relación a la estrategia.

El Ministerio de Salud, desde el año 1994, había iniciado el desarrollo de un modelo integrador de las intervenciones a favor de la salud de la niñez: el programa de Atención Integral a la Niñez (AIN), el cual incluía aspectos de promoción del crecimiento, evaluación del desarrollo y manejo de enfermedades. La estrategia de Atención Integral a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), fue incluida al AIN principalmente para fortalecer el enfoque de manejo de las enfermedades prevalentes y de ésta manera reducir los indicadores de mortalidad en el grupo etáreo menor de cinco años, siendo reflejada en las políticas, planes y programas de salud. (3)

El AIEPI es considerado en la actualidad la principal intervención disponible para mejorar las condiciones de salud de la infancia en los países en desarrollo, ya que aborda de manera integral al niño o niña

que consulta a los servicios de salud, racionalizando la evaluación, clasificación y tratamiento de la enfermedad y permitiendo al personal de salud detectar precozmente y brindar un tratamiento adecuado de los principales problemas de salud del niño, así como de los que revisten mayor gravedad.

La estrategia promueve el concepto de reducir oportunidades perdidas de vacunación en las unidades de salud, como también la aplicación adecuada y apropiada de vacunas forma parte de una buena calidad de atención a la niña (o) que es llevado a consulta. En éste particular los resultados del estudio mostraron, que el personal de salud que brinda atención de manera regular a los menores, está realizando una adecuada vigilancia de los antecedentes vacúnales, ya que se ha venido garantizando la aplicación del biológico correspondiente según la edad del niño, cada vez que estos asisten a la unidad de salud.

La evaluación del crecimiento, en general fue considerada adecuada, tal como se establece en la normativa del AIEPI, se observo regularidad y destreza en el uso de los instrumentos para determinar el estado nutricional y la tendencia del crecimiento, como son la tabla de crecimiento (tabla de percentiles) y el gráfico de crecimiento. No obstante, se hace necesario fortalecer el aspecto relacionado a la consejería nutricional, como un complemento indispensable para garantizar el óptimo crecimiento de los niños (as) atendidos, ya sea que durante la vigilancia del estado nutricional el resultado de la interpretación sea satisfactorio y con mucha más razón si la tendencia de crecimiento es insatisfactoria. La identificación y tratamiento de niños con desnutrición o crecimiento insatisfactorio puede ayudar a prevenir numerosas enfermedades graves y la muerte. El manejo adecuado de los procesos infecciosos, las orientaciones nutricionales adecuadas y la

vigilancia estrecha del crecimiento contribuyen a resolver éste problema.

El cumplimiento de las actividades claves del proceso de atención de casos fue inadecuado, en aspectos tan sensibles como el reconocimiento de signos de peligro y de los síntomas principales de las enfermedades prevalentes, lo que constituye una seria dificultad para garantizar la integralidad de la atención. Destacándose en este particular la toma indebida de la frecuencia respiratoria, ya sea por falta de pericia o por que en la mayoría de las unidades de salud carecen de reloj secundario. Este, es un signo clave para la determinación de la gravedad en las infecciones respiratorias agudas, que debería orientar al personal hacia una adecuada toma de decisiones en cuanto al manejo terapéutico.

Tal y como se ejemplifico en el caso de la frecuencia respiratoria, cada vez que una actividad clave (cualquiera que sea) se realiza de forma incorrecta o es omitida, se genera en consecuencia un abordaje inadecuado de los casos, ya que este proceso lleva un orden lógico: evaluar al niño ➔ clasificar la enfermedad ➔ determinar el tratamiento ➔ aconsejar a la madre o acompañante ➔ proporcionar atención de reevaluación y seguimiento. (8) De tal manera que los resultados relacionados a la clasificación y manejo terapéutico, también fueron inadecuados, lo cual tiene graves implicancias ya que éstas son variables que determinan la eficacia de la atención, cuando el abordaje se hace correctamente.

Esta situación afecta notablemente el potencial de la estrategia para identificar de manera oportuna factores que colocan al niño en una situación de riesgo. En consecuencia los niños pueden desarrollar formas

graves de enfermedad, demandarán más consulta, congestionando y encareciendo el sistema de salud.

Los hechos suceden así a pesar de que la estrategia AIEPI ha formulado lineamientos estándar para facilitarles a los trabajadores de salud la evaluación de los niños enfermos por medio de la observación de signos fácilmente reconocibles. Se identificó en tal sentido, que existen condiciones que han influido negativamente en la aplicación de las actividades claves, como es el aspecto relacionado a la capacitación del personal de salud.

Resulta preocupante conocer que existe un buen número de recursos involucrados en la atención a la niñez, que no han sido capacitados o fueron capacitados hace más de un año en el curso básico de tres o cinco días, en donde el componente práctico se redujo notablemente.

Esta reducción en la duración del curso básico es desventajosa, ya que el curso original con duración de 11 días supone la ejecución de ejercicios en cada uno de los módulos, haciendo uso de materiales de apoyo (fotografías y cintas de video), visita a unidades de salud para observar y realizar sesiones de práctica de atención a niños enfermos. (8) Las sesiones prácticas brindan la oportunidad de aplicar los conocimientos adquiridos a través de los módulos, y de hacer preguntas y recibir orientación si surgen dificultades. Las últimas sesiones de capacitación desarrolladas a nivel local, se han reducido a presentar "pinceladas" sobre la estrategia.

El adiestramiento es imprescindible para adquirir las habilidades necesarias en la adecuada aplicación de la estrategia y así evitar debilidades en el desempeño, tal y como sucede con la inadecuada

evaluación del desarrollo. La deficiente evaluación del desarrollo psicomotor tiene como consecuencia, que niños con algún grado de discapacidad o retraso sean diagnosticados y remitidos tardíamente para un tratamiento especializado, afectando su calidad de vida.

Aunado al inadecuado proceso de capacitación, existe el agravante que el personal de salud a pesar de tener disponible los materiales de apoyo del AIEPI (afiches y/o cuadros de procedimientos) no hacen uso de ellos durante la atención del niño. Estos fueron diseñados para apoyar al personal de salud en la atención correcta, son de fácil comprensión ya que muestran la secuencia de los pasos a seguir y proporcionan información para hacerlo, sin embargo el personal no tiene el hábito de usarlos.

La rotación de los recursos de enfermería no es un problema muy sentido en el área de influencia. Lo que sí llama la atención es la rotación de recursos médicos, tanto los médicos generales como los que realizan servicio social y que en su mayoría son ubicados en los puestos de salud del área rural. Estos recursos al ingresar a la institución tienen poco conocimiento sobre la estrategia, ya que no fueron debidamente capacitados ni en pregrado, ni al ingresar a la institución, ya que el SILAIS Boaco no imparte el curso básico del AIEPI a recursos de nuevo ingreso desde el año 2003. De tal forma que estos médicos, comienzan a aplicar la estrategia en sus unidades de salud, a partir de orientaciones de carácter informal, que no incluyen la presentación de los módulos, ni sesiones prácticas, limitándose a conocer el llenado de la Hoja de Seguimiento (anexo 6)

Es particularmente importante enseñarle a la madre a reconocer los signos que indican la necesidad de regresar de inmediato a la unidad de



salud, la presencia de estos signos significa que una enfermedad exige más cuidado y que por lo tanto los padres deben regresar a la unidad para recibir tratamiento adicional ante la presencia de complicaciones. Los resultados evidenciaron a través de la observación, que la orientación a los padres sobre el reconocimiento de los signos de alarma, es mínima; lo que genera demora en la búsqueda oportuna de atención.

Los procesos de supervisión y monitoría, en las unidades de salud del área de influencia, se realizaron de manera simultánea durante las visitas de seguimiento, con una periodicidad adecuada. Tal y como lo expresa el SIANMSE (Sistema Nacional de Monitoría, Supervisión y Evaluación) este proceso tiene como propósito fortalecer la capacidad gerencial y la calidad de atención que se brinda a la población, en los que intervienen mecanismos de aprendizaje institucional, relaciones interpersonales, capacitación e intercambio de experiencias con los recursos humanos. (14). Para asegurar el cumplimiento de las normas, es necesario que éstas sean conocidas, comprendidas y estén disponibles tanto para el supervisor como para el supervisado y que durante el proceso de apoyo exista actitud capacitante de ambos.

En éste particular, el proceso de retroalimentación brindado durante las visitas de supervisión y monitoreo fue considerado como adecuado, así mismo el establecimiento de compromisos entre gerentes y personal de salud ante las debilidades encontradas, sin embargo el porcentaje de seguimiento a éstos compromisos fue más reducido, de manera que no se puede garantizar totalmente, la mejoría de la calidad de atención a través del proceso de supervisión. Fue evidente, por ejemplo que solo un número reducido de recursos, refirieron solución al déficit de equipos y materiales básicos de AIEPI, una vez que fue reportado el

desabastecimiento, para ilustrar este aspecto: 7 unidades de salud no tienen reloj secundario, tecnología tan sencilla y de bajo costo, pero que a su vez es imprescindible en el proceso de atención de casos.

A pesar de que la disponibilidad de equipos, materiales y medicamentos básicos para el AIEPI, es considerada esencial para la aplicación de la misma, la influencia de otras políticas de programas constituye obstáculos para la estrategia. Así por ejemplo, el grupo de medicamentos esenciales para el AIEPI, están incluidos en la lista básica que maneja Insumos Médicos, que a su vez promueve la toma de decisiones terapéuticas basadas en los principios del uso racional de los medicamentos. Sustentados en la mejor evidencia científica disponible, lo básico es garantizar la existencia de 13 medicamentos, (12) sin embargo fármacos como la Gentamicina y la Amoxicilina, no estuvieron disponibles en el total de las unidades de salud. En consecuencia los niños menores de 2 meses, quedan sin opción terapéutica, según el protocolo de atención establecido en el AIEPI. El desabastecimiento de estos insumos obedece a razones administrativas, específicamente ajustes al presupuesto.

En el caso de la Vitamina A, ésta deberá administrarse de forma sistemática una dosis cada 6 meses a todos los niños a partir de los 6 meses, según la norma de micronutrientes. Sin embargo un niño con diarrea persistente, sospechoso de sarampión o con desnutrición grave, se le administrará una dosis adicional en el momento de la consulta, por sus cualidades protectoras sobre la mucosa pulmonar e intestinal. (10) Contradictoriamente éste insumo solo se provee durante las jornadas de vacunación, quedando las unidades de salud desabastecidas por el resto del año. Esto por normativas del PAI, al modificar el concepto de Jornada de Vacunación por Jornada Nacional de Salud, con el objetivo

de hacer un enfoque más integral durante las mismas, amplió su oferta e incluyó la suplementación con micronutrientes y la desparasitación de los niños (as).

Como es de suponer ésta situación impide que los pacientes sean tratados adecuadamente, prolongando su recuperación o en el peor de los casos generando complicaciones de su cuadro original.

Como otra barrera para la ejecución de la estrategia, se identificó durante el proceso de la investigación que es muy frecuente que durante la atención de un mismo episodio; un trabajador de salud se encargue de pesar al niño y recibir la queja principal, otro evalúe el crecimiento y estado de inmunización y un tercero evalúe y clasifique al niño. El origen de esta práctica inadecuada, fue por las restricciones que el CURIM dispuso para la prescripción de fármacos por parte del personal de enfermería. El inconveniente de ésta atención fraccionada, es que los recursos involucrados no comparten entre sí los hallazgos encontrados, ni la toma de decisiones, situación que contradice el concepto de integralidad de la estrategia.

Todas estas debilidades son susceptibles de ser mejoradas, en la medida que todos los involucrados en la atención AIEPI dirijan sus acciones hacia el mejoramiento de los nudos críticos identificados.

## **X. CONCLUSIONES**

El proceso de capacitación ha sido insuficiente en cuanto la duración prevista en el curso básico y no ha sido sistemática para el conjunto del personal lo cual ha tenido dos efectos importantes:

- o Un limitado grado de apropiación de los contenidos de la estrategia por parte del personal que brinda atención directa en los servicios de salud
- o Un inadecuado cumplimiento de las actividades claves del proceso de atención de casos.

Los procesos de monitoría y supervisión en términos de periodicidad se han realizado en el marco diseñado para la implementación de la estrategia. Sin embargo, no se está asegurando el desarrollo de las actividades previstas debido a incumplimiento de los compromisos adquiridos durante las visitas de seguimiento, tanto por el personal de las unidades de salud como del nivel municipal.

Existen incongruencias con respecto a la ejecución de otros programas a lo interno la institución (Insumos médicos, PAI, CURIM), las que se constituyen en barreras para la implementación adecuada de la estrategia. El desabastecimiento de algunos medicamentos y equipos esenciales y la atención fraccionada de casos, son una consecuencia de ésta falta de armonía entre los programas.

De lo anterior se concluye de manera general:

La estrategia AIEPI esta siendo subutilizada por los recursos que brindan atención infantil en el municipio de Boaco, debido principalmente a la existencia de barreras de carácter institucional.

## **XI. RECOMENDACIONES**

### **Al Nivel Central:**

Establecer las coordinaciones pertinentes con escuelas formadoras a nivel de pre-grado (escuelas de medicina y enfermería), a fin de garantizar la inclusión de la estrategia AIEPI en los planes de estudio de manera estandarizada, sobre todo en lo que se refiere al componente práctico, con una duración y metodología adecuada.

### **Al SILAIS:**

Retomar la práctica de capacitar a los recursos de nuevo ingreso en el Curso Básico del AIEPI, principalmente a los médicos generales y de servicio social que rotan cada año.

Administrativamente se debe garantizar la disponibilidad de medicamentos y equipos básicos para la aplicación de la estrategia.

Armonizar las normativas de los diferentes programas, a fin de garantizar la integralidad de la estrategia.

Desarrollar un programa de mejora de la calidad, para la vigilancia de la estrategia AIEPI.

### **Al Municipio:**

Diseñar e implementar mecanismos que aseguren el cumplimiento de compromisos adquiridos en las visitas de supervisión y monitoreo.

Facultar\* a los recursos en el uso de los Cuadros de Procedimientos del AIEPI, a través de sesiones de Educación Permanente.

Fortalecer el desempeño del personal de salud en lo relacionado a la comunicación y educación con las madres.

-----

\* Querer, saber y poder. Modelo de John Kotter para enfrentar de manera exitosa procesos de cambio.

### **A las Unidades de Salud:**

Involucrar al personal de salud en el desarrollo de programas de mejora de calidad en la atención a las enfermedades prevalentes de la infancia, a nivel local.

## XII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Benguigui, Y.; Land S. Paganini; J. Yunes, J. **Acciones de salud materno infantil a nivel local: Según las metas de la cumbre mundial de la infancia.** Washington DC. OPS. 1996.
2. EE. UU. **Niños sanos: la meta del 2002.** Washington DC. OPS. 2000.
3. Corea P, Dinora; Mayorga M, Ofilio; Cordero D, Dilberth. **Análisis del proceso de implementación de la estrategia "Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia" AIEPI en Nicaragua.** Managua. MINSA, OPS/OMS, BASICSII. 2002
4. República de Ecuador **Informe de la Reunión de Evaluación y Planificación del Proyecto.** Quito. USAID/LAC-OPS-BASICS 1998.
5. EE. UU. **Proyecto Regional de USAID/LAC para la Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia.** Washington. OPS. 1998.
6. República de Nicaragua. **Propuesta de Fortalecimiento de AIN, a través de la implementación de la estrategia AIEPI en el SILAIS Boaco.** Boaco. MINSA. 2000
7. República de Nicaragua. **Sistema Nacional de Monitoría, Supervisión y Evaluación.** MINSA. 1996. 777

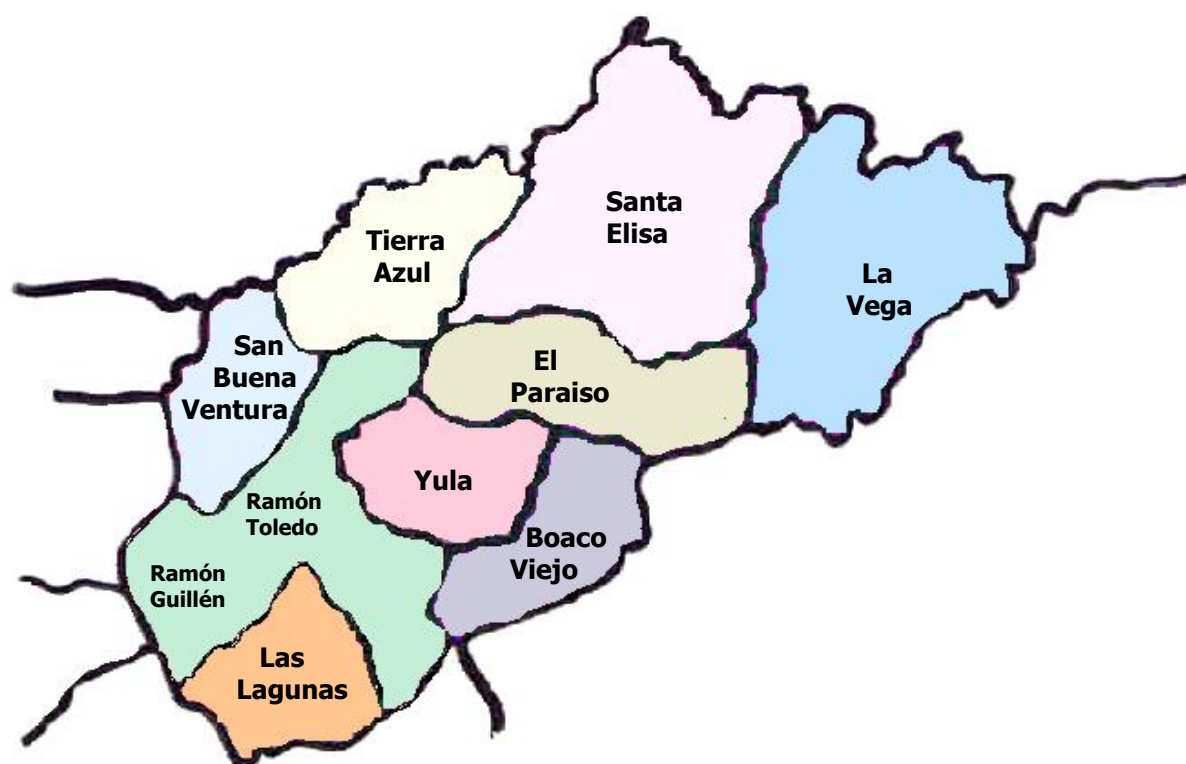
8. EE. UU. **Niños Sanos: la Meta del 2002.** Unidad AIEPI. OPS – PROSALUTE. Abril. 2000
9. República de Nicaragua. **Curso clínico de atención integral a la niñez.** OPS/OMS/FPNU. Managua. 1999.
10. EE. UU. **Mejorando la salud de los niños.** PAHO. Washington. 2000.
11. República de Nicaragua **Manual Instrumentos de Atención Integral a la Niñez.** Proyecto Modernización del Sector Salud. MINSA. Banco Mundial. Managua. 1997.
12. República de Nicaragua **Atención Integrada a las Enfermedades Prevalentes de la Infancia – Cuadros de Procedimientos.** MINSA, OPS/OMS, Managua. 2002
13. República de Nicaragua. **Monitoreo, Supervisión y Evaluación.** Normas de Atención Integral a la niñez. **OMS/OMS/UNICEF** Managua. 2000
14. Lambrecht, Bryce; J. Orinda, V. **Atención Integrada a Enfermedades Prevalentes de la Infancia: resumen de las primeras experiencias.** OMS. Ginebra. 1999.



## **ANEXOS**

## **Anexo 1**

**Unidades de salud que brindaron Atención Integral a Enfermedades Prevalentes de la Infancia (AIEPI), en el municipio de Boaco durante el período Abril – Julio 2005.**



## **Anexo 2**

### **Instrumentos para colecta de datos**

#### **CUESTIONARIO**

#### **Apropiación de los recursos de salud, sobre estrategia AIEPI. Aplicación del monitoreo y supervisión.**

**SILAIS**\_\_\_\_\_ **MUNICIPIO**\_\_\_\_\_ **U/S**\_\_\_\_\_

Estimados recursos de AIN:

A fin de hacer un diagnostico del seguimiento de la estrategia AIEPI en el municipio de Boaco, estamos solicitando su valioso colaboración respondiendo la siguiente encuesta con veracidad. Cualquier aclaración, pregúntele al encuestador. Gracias por su cooperación.

#### **I. DATOS GENERALES**

##### **1) Perfil del recurso:**

- 1) Auxiliar de Enfermería ( )
- 2) Enfermera ( )
- 3) Médico SS ( )
- 4) Médico General ( )

##### **2) Unidad en la que labora:**

- 1) Puesto de Salud ( )
- 2) Centro de Salud ( )

##### **3) Cuánto tiempo tiene de estar ubicado en este cargo**

- 1) Menos de 6 meses ( )
- 2) Mas de 6 meses ( )
- 3) Un año o más ( )

## **II. DATOS DE SEGUIMIENTO**

### **4) Hace cuanto tiempo fue capacitado en el curso básico del AIEPI:**

- 1) En el último año ( )
- 2) Hace mas de 1 año ( )
- 3) No ha sido capacitado ( )

### **5) Cuanto duro la capacitación:**

- 1) 11 días ( )
- 2) 5 días ( )
- 3) 3 días ( )
- 4) No aplica ( )

### **6) Cada cuanto tiempo recibe visita de monitoreo:**

- 1) Trimestralmente ( )
- 2) Semestralmente ( )
- 3) Anualmente ( )
- 4) Nunca ( )

### **7) Cada cuanto tiempo recibe visita de supervisión:**

- 1) Trimestralmente ( )
- 2) Semestralmente ( )
- 3) Anualmente ( )
- 4) Nunca ( )

### **8) Ud. conoce los resultados de la supervisión y monitoría?**

- 1) SI ( )
- 2) NO ( )

### **9) Recibió retroalimentación:**

- 1) SI ( )
- 2) NO ( )

### **10) Con que periodicidad recibe retroalimentación:**

- 1) Cada vez que es supervisado y monitoreado ( )
- 2) Algunas veces ( )
- 3) Nunca ( )

**11) Estableció compromisos para mejorar la aplicación del AIEPI posterior a las supervisiones:**

1) SI ( ) 2) NO ( )

**12) Se da seguimiento a estos compromisos:**

1) SI ( ) 2) NO ( )

**13) A Ud. le han resuelto la falta de equipos o materiales básicos del AIEPI, cuando ha tenido déficit:**

1) Siempre ( )

2) Algunas veces ( )

3) Nunca ( )

4) N/A ( )

**15) Piensa Ud. que la estrategia AIEPI es útil? Justifique su respuesta**

---

---

---

---

**GUIA DE OBSERVACION**  
**Actividades claves de la estrategia AIEPI**

**SILAIS** \_\_\_\_\_ **MUNICIPIO** \_\_\_\_\_ **U/S** \_\_\_\_\_

**I. Búsqueda de signos generales de peligro**

El personal de salud pregunta / verifica si el niño:

- |                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| 1. Vomita todo lo que le dan      | SI ____ NO ____ |
| 2. Dejo de comer o beber          | SI ____ NO ____ |
| 3. Convulsiona en esta enfermedad | SI ____ NO ____ |
| 4. Esta somnoliento               | SI ____ NO ____ |

Se evalúa al niño en busca de los 4 signos generales de peligro
---

A. ¿Se hicieron todas las preguntas de signos generales de peligro?
---

SI ____ NO ____
-----------------

**II. Atención de enfermedades prevalentes**

El personal de salud pregunta y evalúa los signos de:

- |                                   |                 |
|-----------------------------------|-----------------|
| 5. Tos o dificultad para respirar | SI ____ NO ____ |
| 6. Diarrea                        | SI ____ NO ____ |
| 7. Fiebre                         | SI ____ NO ____ |
| 8. Problemas de oído              | SI ____ NO ____ |
| 9. Problemas de garganta          | SI ____ NO ____ |
| 10. Desnutrición grave o anemia   | SI ____ NO ____ |

Se evalúa al niño en busca de enfermedades prevalentes de la infancia
---

B. ¿Se hicieron las preguntas claves?
---------------------------------------

SI ____ NO ____
-----------------

**III. Actividades de medición y consejería del personal salud**

El personal de salud:

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 11. Pesa al niño  | SI ____ NO ____ |
| 12. Interpreta la curva de crecimiento utilizando el indicador<br>Peso – edad | SI ____ NO ____ |
| 13. Explica y da consejería a la madre sobre el crecimiento                   | SI ____ NO ____ |

Se evalúa el crecimiento del niño
C. ¿Se cumplieron todos los pasos indicados para la evaluación del crecimiento? SI ____ NO ____

#### IV. Evaluación del desarrollo psicomotor

El personal de salud:

1. Evalúa el desarrollo psicomotor utilizando adecuadamente la tabla del CLAP SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Se evalúa el desarrollo del niño
D. ¿Se cumplieron los pasos indicados para la evaluación del desarrollo psicomotor? SI ____ NO ____

#### V. Evaluación del esquema de vacunación

El personal de salud:

15. Verifica el esquema de vacunación empleando la Tarjeta de AIN  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
16. Verifica antecedentes de vacunas preguntando a la madre  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
17. El niño recibe las vacunas que necesita según la edad  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_ N/A \_\_\_\_

Se evalúa el estado de vacunación del niño
E. ¿El niño sale de la Unidad de Salud con el esquema completo para su edad? SI ____ NO ____

#### VI. Recomendaciones a la madre.

El personal de salud dice a la madre del niño cuando regresar inmediatamente:

18. El niño no puede beber ni mamar (o comer) SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
19. El niño se pone más enfermo (empeora) SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
20. El niño presenta fiebre SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Se dice a la madre cuando debe traer a su niño de inmediato
F. ¿El personal de salud instruye sobre cuando volver de inmediato? SI ____ NO ____

## **VII. Clasificación de enfermedades prevalentes en el niño.**

El personal de salud realiza la clasificación adecuada:

21. La clasificación del niño es correcta. SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Se registra la clasificación adecuada en la hoja de seguimiento
---

G. ¿El personal de salud clasifica adecuadamente?	SI ____ NO ____
---	-----------------

## **VIII. Recomendaciones terapéuticas**

El personal de salud:

22. Indica tratamiento según clasificación SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

23. Da orientaciones pertinentes sobre como administrar el tratamiento  
SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Se brinda tratamiento adecuado
--------------------------------

H. ¿El personal de salud brinda tratamiento adecuado?	SI ____ NO ____
---	-----------------

## **IX. Uso de materiales de apoyo del AIEPI**

El personal de salud:

24. Hace uso del Cuaderno de procedimientos del AIEPI SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

25. Hace uso de los Afiches del AIEPI SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

Se hace uso de material de apoyo
----------------------------------

I. ¿El personal de salud hace uso de material de apoyo del AIEPI?	SI ____ NO ____
---	-----------------



## GUIA DE OBSERVACION

### MEDICAMENTOS, SUMINISTROS Y ORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS

SILAIS \_\_\_\_\_ MUNICIPIO \_\_\_\_\_ U/S \_\_\_\_\_

El establecimiento de salud tiene y ha tenido en los últimos 3 meses:

NOTA: (Verifique la fecha de expiración, si existen medicamentos con fecha de expiración vencida, considere que el medicamento expirado NO esta disponible)

#### MEDICAMENTOS ESENCIALES

#### Existe

- |   |                 |
|---|-----------------|
| 1. Trimetropim Sulfametoxazol. 40/200 mg – 5 cc | SI ____ NO ____ |
| 2. Cloroquina, tab 250 mg                       | SI ____ NO ____ |
| 3. Primaquina, tab 5 mg                         | SI ____ NO ____ |
| 4. Vitamina A, 100.000 o 200.000 UI             | SI ____ NO ____ |
| 5. Hierro Gts 15 mg/0.6 ml ( Sulfato ferroso)   | SI ____ NO ____ |
| 6. Acetaminofen, Jarabe 100 mg/5cc ó 120 mg/5cc | SI ____ NO ____ |
| 7. Albendazol Jarabe 200 mg                     | SI ____ NO ____ |
| 8. Pen Procaínica 800.000 ó 400.000 UI          | SI ____ NO ____ |
| 9. SRO  | SI ____ NO ____ |
| 10. Ringer Lactato, 500 ó 1000 ml               | SI ____ NO ____ |
| 11. Gentamicina, amp 20, 40 ó 80 mg             | SI ____ NO ____ |
| 12. Amoxicilina jbe 250 mg / 5 cc               | SI ____ NO ____ |
| 13. Nistatina 100.000 UI / ml                   | SI ____ NO ____ |

La unidad cuenta con medicamentos esenciales del AIEPI
--

A. El establecimiento de salud cuenta con los medicamentos esenciales de AIEPI ( 1 a 13 = SI)	SI ____ NO ____
---	-----------------

- |  |                 |
|--|-----------------|
| 14. La unidad de salud cuenta con balanza pediátrica (de bandeja)<br>en buenas condiciones | SI ____ NO ____ |
| 15. La unidad de salud cuenta con balanza de pie   | SI ____ NO ____ |
| 16. La unidad de salud cuenta con red de frío (Refrig o caja térmica)                      | SI ____ NO ____ |
| 17. La unidad de salud cuenta con papelería de AIN   | SI ____ NO ____ |

18. La unidad de salud cuenta con tarjetero actualizado SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
19. La unidad de salud cuenta con reloj segundero SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
20. La unidad de salud cuenta con normas (afiche, cuadros) SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

La unidad de salud cuenta con equipos y materiales para la atención AIEPI
---

B. La unidad de salud cuenta con equipos y materiales para la atención AIEPI SI ____ NO ____
--

21. Si la madre recibió orientación adecuada para recibir atención SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
22. Si el tiempo de espera de la atención es menor a una hora SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_
23. Si la madre salió satisfecha de la atención recibida SI \_\_\_\_ NO \_\_\_\_

La organización de los servicios para AIEPI es adecuada
---

C. La organización de los servicios para la atención AIEPI es adecuada SI ____ NO ____
--

## **Anexo 3**

### **Operacionalización de las variables**

#### **a) Apropiación que el personal de salud tiene de la estrategia AIEPI.**

##### **Perfil profesional del recurso**

Se refiere a la preparación académica del recurso

Medido por:

- Auxiliar de enfermería
- Enfermera
- Médico servicio social
- Médico general

Cada una de estas categorías de recursos, se consideran adecuadas para la aplicación de la estrategia.

##### **Unidad en la que labora**

Categoría de la unidad de salud, en la que labora el recurso.

Medido por:

- Centro de salud
- Puesto de salud

Cada uno de estos establecimientos de salud se considera adecuado para la aplicación de la estrategia.

##### **Tiempo de ubicación en el cargo**

Período de tiempo que el recurso se ha desempeñado en la atención integral a la niñez.

Medido por:

- Menos de 6 meses
- Más de 6 meses
- 1 año o más

Adecuado: 6 meses a más

Inadecuado: menos de 6 meses

##### **Tiempo transcurrido desde la capacitación**

Período que ha transcurrido desde la capacitación en el curso básico del AIEPI, hasta la fecha.

Medido por:

- En el último año
- Hace más de un año
- No ha sido capacitado

Adecuado: en el último año.

Inadecuado: más de 1 año o no ha sido capacitado.

### **Duración de la capacitación**

Se refiere a la duración del curso básico del AIEPI

Medido por:

11 días

5 días

3 días

No recuerda

No aplica

Adecuado: 5 u 11 días.

Inadecuado: 3 días o no ha sido capacitado.

### **Percepción sobre la utilidad de la estrategia AIEPI**

Se refiere a como los recursos de salud conciben la estrategia.

## **b) Cumplimiento de las actividades claves de la estrategia AIEPI por parte del personal de salud.**

### **Búsqueda de signos generales de peligro**

Proceso realizado durante la atención del niño, que tiene como resultado la observación de los cuatro signos generales de peligro.

Medido por:

vomita todo

deja de comer o beber

convulsión

anormalmente somnoliento.

- Adecuado: búsqueda de los cuatro signos generales de peligro.
- Inadecuado: búsqueda de tres o menos signos generales de peligro.

### **Atención a enfermedades prevalentes**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud observa y hace las preguntas claves para la búsqueda de los síntomas principales de las enfermedades prevalentes.

Medido por:

tos o dificultad para respirar

diarrea

fiebre

problemas de oído

problemas de garganta

desnutrición grave o anemia.

- Adecuado: búsqueda de todos los síntomas principales de las enfermedades prevalentes, que se enlistan en la hoja de seguimiento ( anexo 6 )
- Inadecuado: inobservancia o falta de búsqueda de al menos uno de los signos claves.

### **Evaluación del crecimiento**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud:

Pesa al niño  
 Interpreta la curva de crecimiento  
 Explica y da consejería a la madre sobre el crecimiento.

- Adecuado: si se realizan las tres acciones antes mencionadas.
- Inadecuado: si al menos una de las acciones no se realiza.

### **Evaluación del desarrollo**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal evalúa el desarrollo psicomotor utilizando el afiche “Evolución esquemática de las conductas del desarrollo hasta los 5 años” elaborada por el CLAP – OPS (Centro Latinoamericano de Perinatología de Montevideo Uruguay).

Medido por:

Evaluación de área motora  
 Evaluación de área coordinación  
 Evaluación de área social  
 Evaluación de área lenguaje

- Adecuado: si se analizan las cuatro áreas de la conducta
- Inadecuado: si al menos una de las áreas no es evaluada.

### **Verificar los antecedentes de vacunación del niño**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud:

Verifica el estado actual de vacunación en la tarjeta de AIN  
 Verifica antecedentes de vacuna preguntando a la madre  
 Aplica las vacunas que corresponden según esquema del PAI.

- Adecuado: si se realizan las 3 acciones.
- Inadecuado: si al menos una de estas acciones no es realizada.

### **Recomendaciones a la madre sobre signos de alarma**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud orienta a la madre cuando volver de inmediato, ante la presencia de signos de alarma:

No puede beber, ni mamar (o comer)  
 Empeora  
 Tiene fiebre

- Adecuado: si se orientan todos los signos de alarma.
- Inadecuado: si al menos uno de estos signos no fue orientado.

### **Clasificación de enfermedades prevalentes**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud selecciona una categoría o clasificación del AIEPI para cada uno de los signos principales que presenta el niño.

- Adecuado: si la clasificación seleccionada corresponde a cada una de los signos presentes.
- Inadecuado: si la clasificación no corresponde a los signos presentes.

### **Recomendaciones terapéuticas**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud:

Determina e indica el tratamiento adecuado

Da orientaciones sobre como administrar el tratamiento.

- Adecuado: si se realizan las dos acciones antes mencionadas.
- Inadecuado: si al menos una de las acciones no se realiza.

### **Uso de materiales de apoyo del AIEPI**

Proceso realizado durante la atención del niño, en el que el personal de salud hace uso de los materiales de apoyo.

Medido por:

Uso de Cuadros de Procedimientos

Uso de afiches del AIEPI.

- Adecuado: Si se hace uso de al menos uno de los materiales de apoyo.
- Inadecuado: Si no se hace uso de ninguno de los materiales.

## **c) Aplicación del monitoreo y la supervisión para asegurar el proceso de ejecución de la estrategia AIEPI**

### **Periodicidad del monitoreo**

Es la frecuencia con que gerentes municipales realizan visitas de monitoreo a las unidades de salud.

Medido por:

Anual

Semestral

Trimestral

Nunca

Adecuado: 1 visita semestral.

Inadecuado: menos de 2 visitas al año

### **Periodicidad de la supervisión**

Es la frecuencia con que gerentes municipales realizan visitas de supervisión.

Medido por:

- Anual
- Semestral
- Trimestral
- Nunca

Adecuado: 1 visita semestral.

Inadecuado: menos de 2 visitas al año

### **Calidad de la retroalimentación**

Es el proceso en el cual el supervisor refuerza las aptitudes del trabajador de salud y resuelve problemas que se pueden presentar al poner en práctica el enfoque de la estrategia AIEPI.

Medido por:

- Personal conoce los resultados de la supervisión y monitoría
- Personal recibe retroalimentación.
- Personal recibe retroalimentación cada vez que es supervisado y monitoreado

Adecuado: si realiza las tres acciones.

Inadecuado: si no realiza al menos una de las acciones.

### **Establecimiento de compromisos para mejorar la aplicación del AIEPI**

Es el proceso mediante el cual gerentes y recursos involucrados establecen compromisos para superar debilidades.

Adecuado: se establecen compromisos

Inadecuado: no se establecen compromisos

### **Seguimiento de compromisos para mejorar la aplicación del AIEPI**

Es el proceso mediante el cual gerentes municipales dan seguimiento a compromisos establecidos.

Adecuado: se da seguimiento a compromisos

Inadecuado: no se da seguimiento a compromisos

### **Suministro de equipos y materiales básicos de AIEPI, cuando se reporta déficit.**

Es el proceso mediante el cual el nivel municipal resuelve déficit de equipos y materiales, cuando es reportado durante las visitas de supervisión.

Medido por:

- Siempre
- Algunas veces
- Nunca

Adecuado: siempre se resuelve  
Inadecuado: algunas veces ó nunca.

**d) Barreras presentes de los servicios de salud para la ejecución de la estrategia AIEPI.**

**Disponibilidad de medicamentos esenciales**

Es la existencia (sin expirar), de los 13 medicamentos básicos para tratar las enfermedades incluidas en el AIEPI, en los últimos 3 meses.

Medido por:

Trimetropim Sulfametoxasol, Jab 40/200 mg – 5cc.  
Cloroquina, tab 250 mg.  
Primaquina, tab 5 mg.  
Vitamina A, 100.000 O 200.000 UI.  
Hierro Gts. 15 mg/0.6 ml.  
Acetaminofen, Jbe 100 mg/5cc ó 120 mg/5cc.  
Albendazole, Jbe 200 mg.  
Pen. Procaínica, 800.000 ó 400.000 UI.  
Sales de Rehidratación Oral.  
Ringer Lactato, 500 ó 1000 ml.  
Gentamicina, amp 20. 40 ó 80 mg.  
Amoxicilina, jbe 250 mg/ 5 cc.  
Nistatina, 100.000 UI/ml.

- Adecuada: Los 13 medicamentos disponibles.
- Inadecuado: Si al menos 1 de los medicamentos no esta disponible.

**Disponibilidad de equipos y materiales para la atención**

Es la existencia (en buen estado) de papelería e instrumental básico del AIEPI, en las clínicas de AIN en las unidades de salud.

Medido por:

Balanza pediátrica  
Balanza de pie  
Red de frío  
Papelería AIN  
Tarjetero actualizado  
Reloj segundero  
Normas (afiches, cuadros)

Adecuado: Las 7 categorías disponibles.  
Inadecuado: Si al menos 1 de las categorías no está disponible.



## **Organización de los servicios para la atención oportuna**

Condiciones mínimas necesarias para garantizar que la madre o acompañante sean atendidas oportunamente.

Medido por:

Orientación a la madre para la atención

Tiempo de espera menor a 1 hora

Madre refiere salir satisfecha

Adecuada: Si se cumplen los tres requisitos

Inadecuado: Si al menos uno de estos requisitos no se cumple.

## **Otras barreras**

Todas aquellas identificadas o mencionadas durante el proceso de investigación.

## Anexo 4

### Tablas de resultados

Tabla 1. Perfil profesional de los recursos que aplican AIEPI, en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Perfil profesional</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Auxiliar de enfermería	12	54.5
Enfermera	0	0
Médico servicio social	3	13.6
Médico general	7	31.8
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 2. Categoría de las unidades de salud en la que laboran los recursos que aplican AIEPI, en el municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Categoría de U/S</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Centro de salud	6	27.3
Puesto de salud	16	72.7
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 3. Tiempo de ubicación en el cargo de Atención Integral a la niñez (AIN), de los recursos que aplican AIEPI en el municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Tiempo de ubicación en el cargo</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Menos de 6 meses	3	13.6
Más de 6 meses	3	13.6
1 año o más	16	72.7
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Personal con tiempo óptimo en el cargo</b>	<b>19</b>	<b>86.36</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 4. Intervalo de capacitación de los recursos que aplicaron AIEPI, en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Intervalo de capacitación</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
En el último año	0	0
Hace más de un año	16	72.7
No ha sido capacitado	6	27.2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Intervalo de tiempo inadecuado.</b>	<b>22</b>	<b>100</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 5. Duración de la capacitación del curso básico del AIEPI, recibido por los recursos que aplicaron la estrategia en el municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Duración de la capacitación</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
11 días	1	4.5
5 días	10	45.4
3 días	5	22.7
No aplica	6	27.2
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Personal con duración optima de capacitación.</b>	<b>11</b>	<b>50</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 6. Búsqueda de signos generales de peligro, realizada por los recursos de salud que brindaron AIEPI en las 10 unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005

<b>Signos generales de peligro</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Vomita todo	17	77.3	5	22.7	22
Dejó de comer o beber	17	77.3	5	22.7	22
Convulsión	15	68.2	7	31.8	22
Anormalmente somnoliento	15	68.2	7	31.8	22
<b>Se hicieron todas las preguntas claves</b>	<b>15</b>	<b>68.2</b>	<b>7</b>	<b>31.8</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 7. Búsqueda de síntomas principales de las enfermedades prevalentes, realizada por los recursos de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Síntomas principales</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Tos o dificultad para respirar	8	36.4	14	63.6	22
Diarrea	18	81.8	4	18.2	22
Fiebre	19	86.4	3	13.6	22
Problemas de oído	15	68.2	7	31.8	22
Problemas de garganta	17	77.3	5	22.7	22
Desnutrición grave o anemia	14	63.6	8	36.4	22
<b>Se evaluó y se hicieron todas las preguntas claves</b>	<b>8</b>	<b>36.4</b>	<b>14</b>	<b>63.6</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 8. Proceso de evaluación del crecimiento, realizado por los recursos de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Evaluación del crecimiento</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Pesa al niño	22	100	0	0	22
Interpreta la curva de crecimiento	20	90.9	2	9.1	22
Da consejería	16	72.7	6	27.3	22
<b>Se cumplieron todos los pasos para evaluar el crecimiento</b>	<b>16</b>	<b>72.7</b>	<b>6</b>	<b>27.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 9. Proceso de evaluación del desarrollo, realizado por los recursos de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Evaluación del desarrollo</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Evalúa las cuatro áreas del desarrollo según el CLAP	5	22.7	17	77.3	22
<b>Se cumplieron todos los pasos para evaluar el desarrollo</b>	<b>5</b>	<b>22.7</b>	<b>17</b>	<b>77.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 10. Proceso de evaluación del estado de vacunación, realizado por los recursos de de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Estado de vacunación</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>N/A</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Verifica esquema de vacunación en la tarjeta	21	95.5	1	4.5	0	0	22
Verifica antecedentes de vacuna con la madre	21	95.5	1	4.5	0	0	22
Niño recibe vacuna correspondiente	16	72.7	1	4.5	5	22.7	22
<b>Niño sale con vacunas completas</b>	<b>21</b>	<b>95.5</b>	<b>1</b>	<b>4.5</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 11. Proceso de recomendaciones a la madre sobre signos de alarma, realizado por los recursos de de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Signos de alarma</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Niño no puede beber ni mamar	5	22.7	17	77.3	22
Niño empeora	7	31.8	15	68.2	22
Niño presenta fiebre	5	22.7	17	77.3	22
<b>Se recomienda cuando volver de inmediato</b>	<b>5</b>	<b>22.7</b>	<b>17</b>	<b>77.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 12. Proceso de selección de la clasificación de enfermedades prevalentes, realizado por los recursos de de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Clasificación</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Realiza clasificación adecuada	8	36.4	14	63.6	22
<b>Niño fue bien clasificado</b>	<b>8</b>	<b>36.4</b>	<b>14</b>	<b>63.6</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 13. Proceso de recomendaciones terapéuticas, realizado por los recursos de de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Recomendaciones terapéuticas</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Indica tratamiento según clasificación	16	72.7	6	27.3	22
Orienta como administrar el tratamiento	14	63.6	8	36.4	22
<b>Brinda tratamiento adecuado</b>	<b>14</b>	<b>63.6</b>	<b>8</b>	<b>36.4</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 14. Uso de materiales del AIEPI, realizado por los recursos de de salud que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Materiales de AIEPI</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Cuaderno de Procedimientos del AIEPI	5	22.7	17	77.3	22
Afiches del AIEPI	3	13.6	19	86.4	22
<b>Recursos hacen uso del material de apoyo</b>	<b>5</b>	<b>22.7</b>	<b>17</b>	<b>77.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado

Tabla 15. Frecuencia de visitas de monitoreo, realizada a las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Frecuencia de visitas</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Anual	1	4.5
Semestral	18	81.8
Trimestral	2	9.1
Nunca	1	4.5
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Periodicidad adecuada</b>	<b>18</b>	<b>81.8</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 16. Frecuencia de visitas de supervisión, realizada a las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Frecuencia de visitas</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Anual	0	0
Semestral	18	81.8
Trimestral	2	9.1
Nunca	2	9.1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Periodicidad adecuada</b>	<b>18</b>	<b>81.8</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 17. Proceso de retroalimentación, recibido por los recursos de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Proceso de retroalimentación</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Personal conoce los resultados de la supervisión y monitoreo	19	86.4	3	13.6	22
Personal recibe retroalimentación	18	81.8	4	18.2	22
Personal recibe retroalimentación cada vez que es visitado	16	72.7	6	27.3	22
<b>Personal recibió retroalimentación adecuada</b>	<b>16</b>	<b>72.7</b>	<b>6</b>	<b>27.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 18. Proceso de establecimiento de compromisos, realizado durante las visitas de supervisión a las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Establecimiento de compromisos</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Gerentes y personal establecen compromisos.	16	72.7	6	27.3	22
<b>Personal que refirió establecimiento de compromisos</b>	<b>16</b>	<b>72.7</b>	<b>6</b>	<b>27.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 19. Seguimiento de compromisos, realizado posterior a las visitas de supervisión a las U/S del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Seguimiento de compromisos</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Se da seguimiento a compromisos	14	63.6	8	36.4	22
<b>Personal que refirió seguimiento de compromisos</b>	<b>14</b>	<b>63.6</b>	<b>8</b>	<b>36.4</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 20. Frecuencia de suministro de equipos y materiales básicos del AIEPI, cuando se reporta déficit en las U/S del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Frecuencia de suministro</b>	<b>Frecuencia</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>
Algunas veces	4	18.2
Nunca	1	4.5
Siempre	4	18.2
No aplica	13	59.1
<b>Total</b>	<b>22</b>	<b>100</b>
<b>Personal que refirió solución a déficit de materiales</b>	<b>4</b>	<b>18.2</b>

Fuente: Personal de salud entrevistado

Tabla 21. U/S del municipio de Boaco, con disponibilidad de medicamentos esenciales para brindar atención del AIEPI. Abril – Julio 2005.

<b>Medicamentos esenciales</b>	<b>Disponibilidad por U/S</b>			
	<b>SI</b>		<b>NO</b>	
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>
Trimetropim Sulfametoxasol	10	100	0	0
Cloroquina	10	100	0	0
Primaquina	10	100	0	0
Vitamina A	2	20	8	80
Hierro	10	100	0	0
Acetaminofen	10	100	0	0
Albendazole	10	100	0	0
Penicilina Procaínica	10	100	0	0
Sales de Rehidratación Oral	10	100	0	0
Ringer Lactato	10	100	0	0
Gentamicina	0	0	10	100
Amoxicilina	2	20	8	80
Nistatina	10	10	0	0
<b>Unidades de salud con disponibilidad de los 13 medicamentos esenciales</b>	<b>0</b>	<b>0</b>	<b>10</b>	<b>100</b>

Fuente: Unidades de salud observadas



Tabla 22. Unidades de salud del municipio de Boaco con disponibilidad de equipos y materiales para brindar atención del AIEPI. Abril – Julio 2005.

<b>Equipos y materiales</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Balanza pediátrica	9	90	1	10	10
Balanza de pie	10	100	0	0	10
Red de frío	9	90	1	10	10
Papelería AIN	9	90	1	10	10
Tarjetero actualizado	6	60	4	40	10
Reloj segundero	3	30	7	70	10
Normas (afiches, cuaderno)	9	90	1	10	10
<b>Unidades de salud con disponibilidad de equipos y materiales básicos.</b>	<b>3</b>	<b>30</b>	<b>7</b>	<b>70</b>	<b>10</b>

Fuente: Unidades de salud observadas.

Tabla 23. Organización de los servicios para la atención oportuna, en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

<b>Servicios para atención oportuna</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Orientación a la madre para la atención	5	50	5	50	10
Tiempo de espera menor de 1 hora	6	60	4	40	10
Madre sale satisfecha	7	70	3	30	10
<b>Unidades de salud que brindan atención oportuna</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>5</b>	<b>50</b>	<b>10</b>

Fuente: Unidades de salud observadas

Tabla 24. Barreras para la aplicación de la estrategia AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco, identificadas durante el proceso de investigación. Abril – Julio 2005.

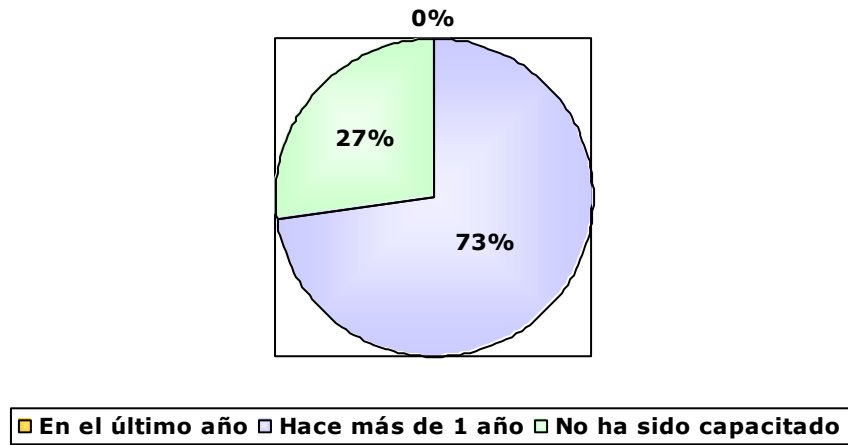
<b>Barreras identificadas</b>	<b>SI</b>		<b>NO</b>		<b>Total</b>
	<b>No.</b>	<b>%</b>	<b>No.</b>	<b>%</b>	
Atención de un solo niño durante la consulta, es realizada por varios recursos distintos (médico – auxiliar).	16	72.7	6	27.3	22
<b>Barreras identificadas durante el proceso de investigación</b>	<b>16</b>	<b>72.7</b>	<b>6</b>	<b>27.3</b>	<b>22</b>

Fuente: Personal de salud observado.

## Anexo 5

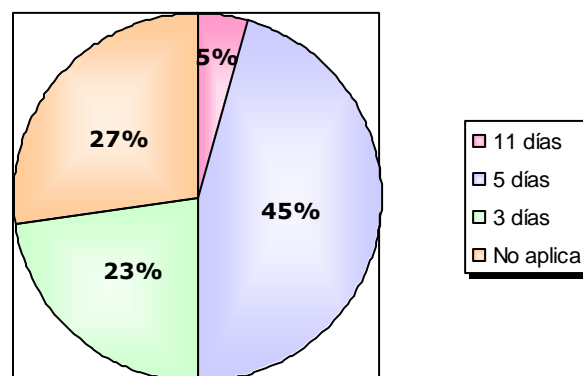
### Gráficos de resultados

Gráfico 1. Intervalo de capacitación de los recursos que aplicaron AIEPI, en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005



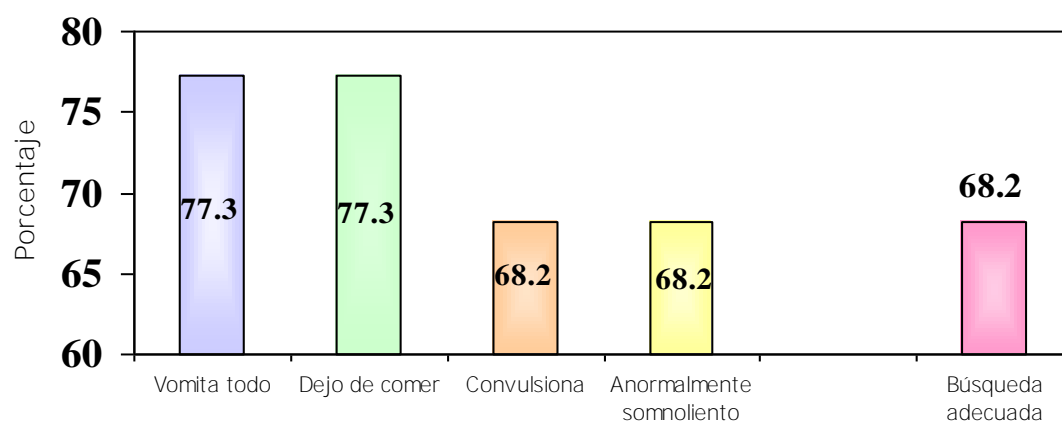
Fuente: Tabla 4

Gráfico 2. Duración de la capacitación del curso básico del AIEPI, recibido por los recursos que aplicaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005



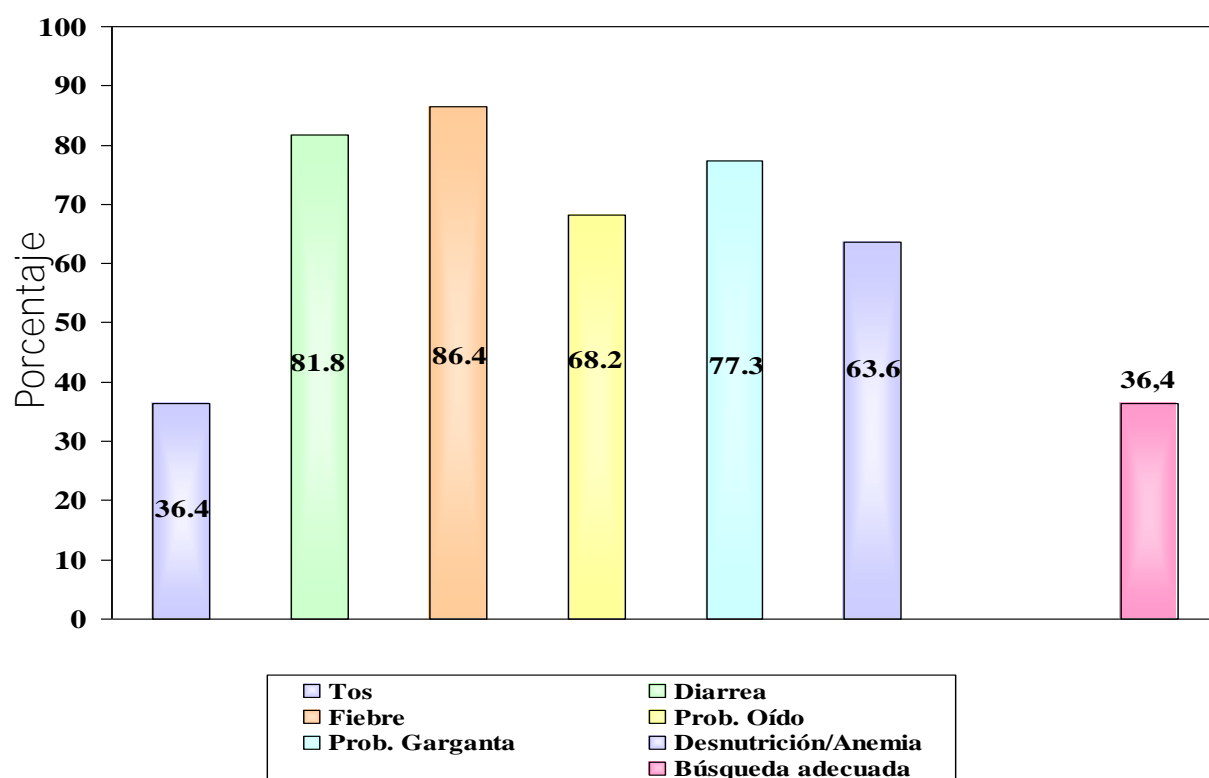
Fuente: Tabla 5

Grafico 3. Búsqueda de signos de peligro, realizada por los recursos que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005



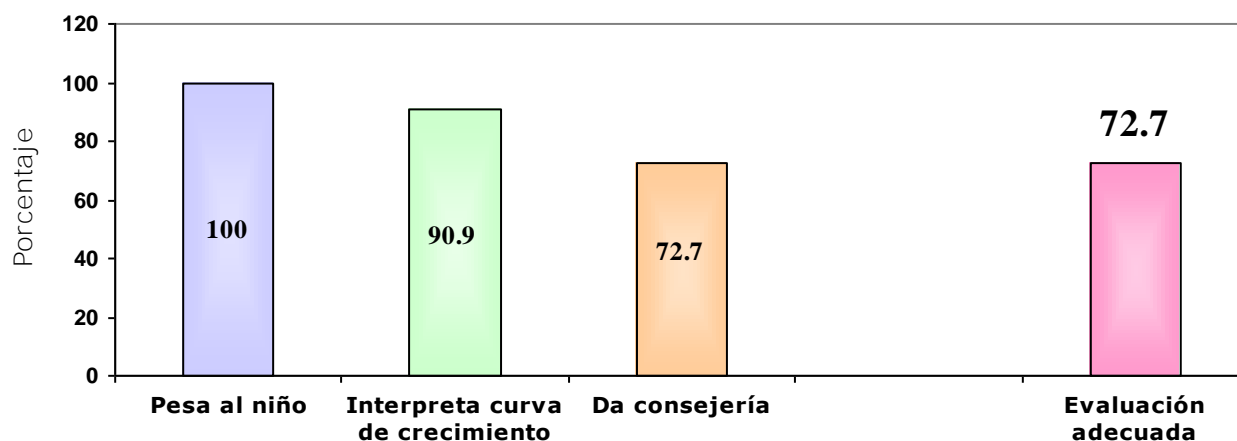
Fuente: Tabla 6

Gráfico 4. Búsqueda de los síntomas principales de las enfermedades prevalentes, realizada por los recursos que brindaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005

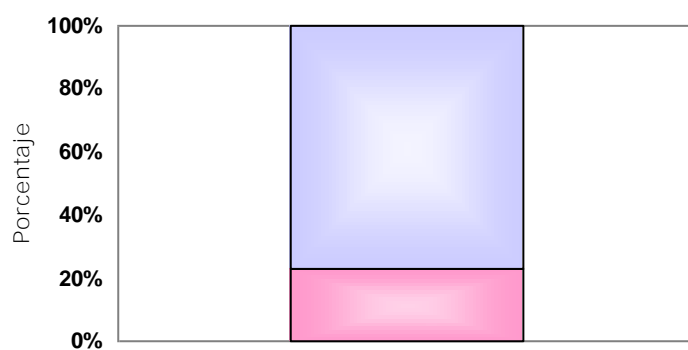


Fuente: Tabla 7

Gráficos 5 y 6. Evaluación del crecimiento y desarrollo, realizada por los recursos que aplicaron AIEPI, en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.



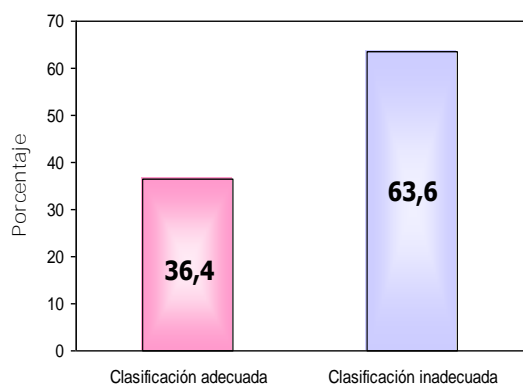
Fuente: Tabla 8



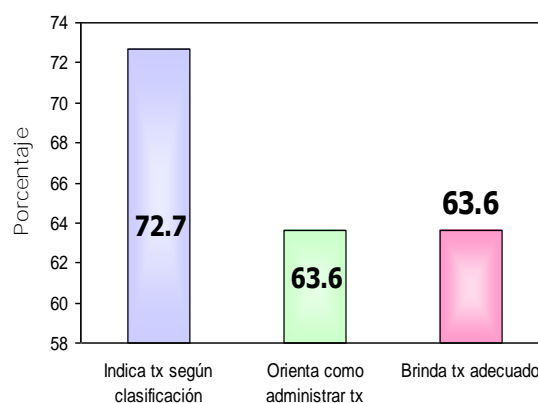
<input type="checkbox"/> Evaluación inadecuada del desarrollo	77.3
<input type="checkbox"/> Evaluación adecuada del desarrollo	22.7

Fuente: Tabla 9

Gráficos 7 y 8. Proceso de clasificación y tratamiento, realizado por los recursos que aplicaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.

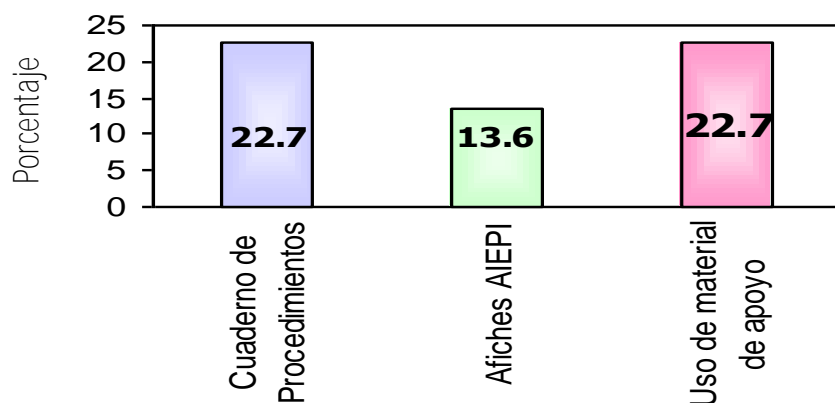


Fuente: Tabla 12



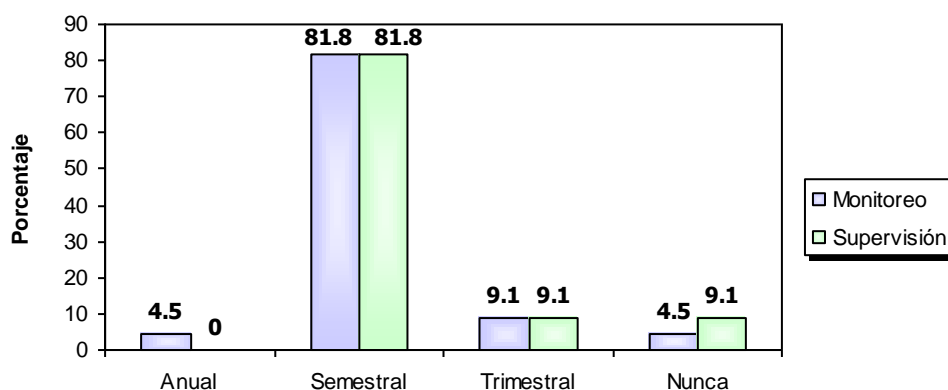
Fuente: Tabla 13

Gráfico 9. Uso de materiales de apoyo, efectuado por los recursos que aplicaron AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005.



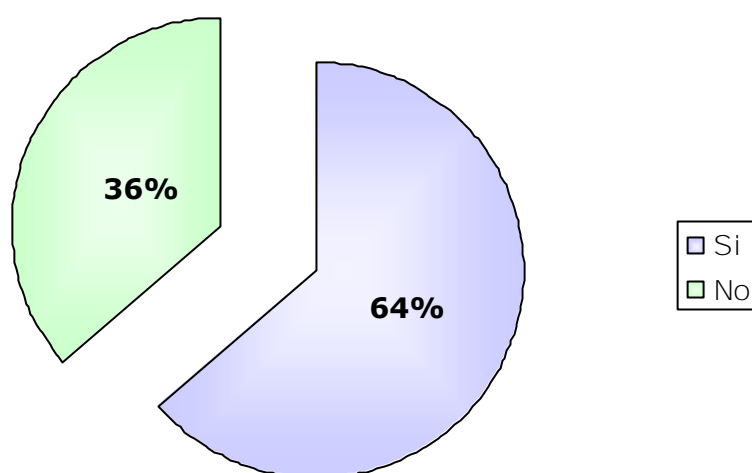
Fuente: Tabla 14

Gráfico 10. Frecuencia de visitas de monitoría y supervisión, realizada a las U/S del municipio de Boaco. Abril – Julio 2005



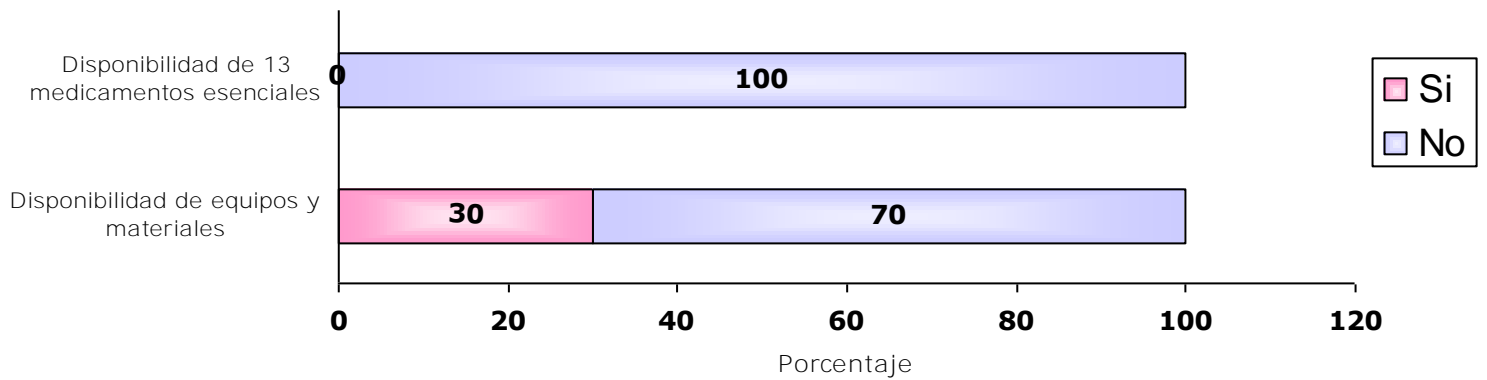
Fuente: Tablas 15 y 16.

Gráfico 11. Seguimiento de compromisos, realizado posterior a las visitas de supervisión a las unidades de salud del municipio de Boaco. Abril - Julio 2005.



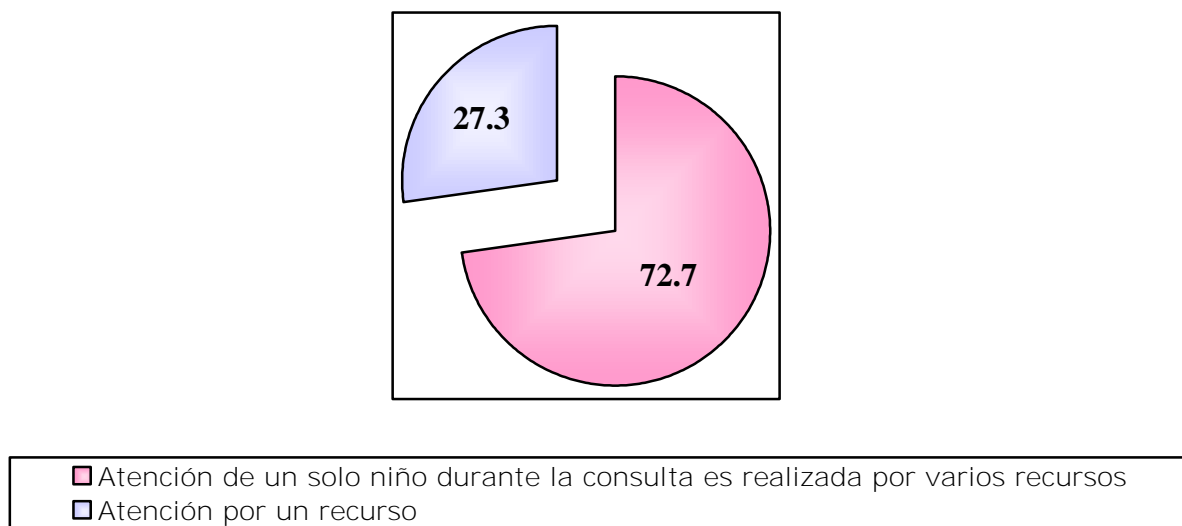
Fuente: Tabla 19

Gráfico 12. Unidades de salud del municipio de Boaco con disponibilidad de los 13 medicamentos esenciales, equipos y materiales básicos para brindar atención AIEPI. Abril – Julio 2005



Fuente: Tablas 21 y 22

Gráfico 13. Barreras para la aplicación de la estrategia AIEPI en las unidades de salud del municipio de Boaco, identificadas durante el proceso de investigación. Abril – Julio 2005.



Fuente: Tabla 24

## **Anexo 6**

**Hoja de seguimiento de Atención Integral a la niñez**



